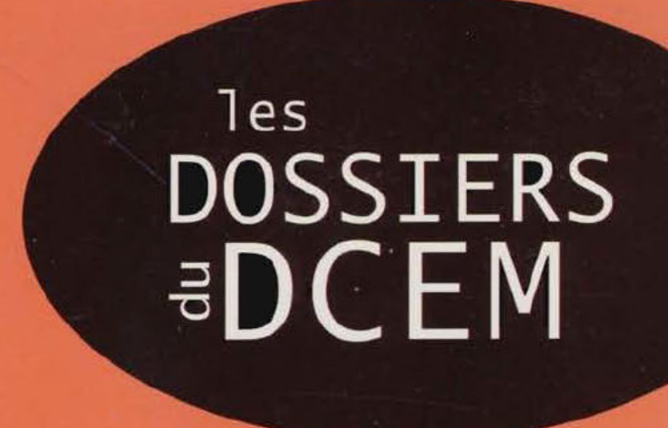


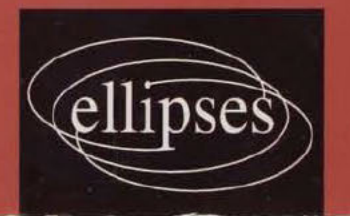
Michel Laroche

RHUMATOLOGIE



dossiers originaux
et dossiers transversaux
corrigés et commentés

iconographie
et grilles de correction



PROGRAMME

PREMIÈRE PARTIE. MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

MODULE 1. APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MÉDICAL

Question 4. Évaluation des examens complémentaires dans la démarche médicale prescriptions utiles et inutiles

Question 5. Indications et stratégies d'utilisation des principaux examens d'imagerie

Question 6. Le dossier médical
L'information du malade
Le secret médical

MODULE 5. VIEILLISSEMENT

Question 55. Ménopause et andropause

Question 56. Ostéoporose

Question 57 Arthrose

MODULE 7. SANTÉ ET ENVIRONNEMENT, MALADIES TRANSMISSIBLES

Question 83. Hépatites virales
Anomalies biologiques hépatiques chez un sujet asymptomatique

Question 87 Infections cutanéo-muqueuse bactériennes et mycosiques

Question 88. Infections génitales de la femme
Leucorrhées

Question 89 Infections génitales de l'homme
Écoulement urétral

Question 92. Infections ostéoarticulaires
Disco-spondylite

Question 94. Maladies éruptives de l'enfant

Question 95. Maladies sexuellement transmissibles gonococcies, chlamydiose, syphilis

MODULE 8. IMMUNOPATHOLOGIE, RÉACTION INFLAMMATOIRE

Question 117 Lupus érythémateux disséminé
Syndrome des anti-phospholipides

Question 118. Maladie de Crohn et recto-colite hémorragique

Question 119 Maladie de Horton et pseudo-polyarthrite rhizomélique

Question 121 Polyarthrite rhumatoïde

Question 123. Psoriasis

Question 124. Sarcoïdose

Question 126. Immunoglobuline monoclonale

MODULE 9. ATHÉROSCLÉROSE, HYPERTENSION, THROMBOSE

Question 128. Athérome épidémiologie et physiopathologie
Le malade polyathéromateux

Question 129 Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention

Question 131 Artériopathie oblitérante de l'aorte et des membres inférieurs
Anévrysmes

MODULE 10. CANCÉROLOGIE, ONCOHÉMATOLOGIE

MODULE 11. SYNTHÈSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE, DE LA PLAINTE DU PATIENT À LA DÉCISION THÉRAPEUTIQUE, URGENCES

DEUXIÈME PARTIE. MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

TROISIÈME PARTIE. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

TABLE DES MATIÈRES (À COMPLÉTER)

AVANT-PROPOS

La réussite à l'examen national classant du second cycle des études médicales est le résultat de connaissances théoriques et pratiques solides associées à un entraînement régulier à l'épreuve. Les ouvrages de la collection « les dossiers du DCEM » cherchent à concilier ce double objectif.

Les groupes d'auteurs, spécialistes dans leur discipline, se composent d'hospitalo-universitaires confirmés et de jeunes praticiens. Les dossiers associent cas cliniques originaux et dossiers d'annales. Les dossiers originaux regroupent l'ensemble des questions de la spécialité tout en introduisant des dossiers transversaux, dans l'esprit du nouveau programme. Une correction avec un barème sur 100 points pour chaque dossier permet une auto-évaluation efficace. Des dossiers ont en outre été sélectionnés dans les sujets d'annales posés à l'Internat pour leur caractère classique ou récurrent, ou bien parce qu'ils font appel à des notions plus inhabituelles. Pour chacun, une proposition de correction et de barème vous permet de vous mettre dans les conditions de l'examen.

Enfin, chaque dossier est complété par un commentaire des auteurs : courte mise au point, rappel de cours, notion scientifique nouvelle avec d'éventuelles références bibliographiques, ou simple commentaire sur les pièges et embûches du dossier, vous permettront de compléter vos connaissances sur le sujet proposé.

Bonne réussite à tous.

Dossier 1

Mme H., 67 ans, 76 kg pour 1,60 m, présente depuis 3 semaines une douleur de la face antérieure de la cuisse gauche, irradiant parfois sous le genou. Cette douleur est apparue quasi spontanément et persiste nuit et jour. La patiente est calmée lorsqu'elle fléchit la hanche. Elle ne supporte pas d'être couchée sur le ventre.
Mme H. est diabétique traitée par metformine et régime qu'elle suit tant bien que mal. Elle prend, de plus, du Préviscan® (3/4 de cp/j) et de la Cordarone®, pour une fibrillation auriculaire révélée par un AIT il y a 2 ans. Elle a une insuffisance rénale.
Cliniquement, elle n'a pas de syndrome rachidien, la hanche a une mobilité quasi normale. Seule, l'extension reproduit la douleur dans la cuisse. Elle a une hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse et le réflexe rotulien gauche est diminué.
Elle a pris, par automédication, du piroxicam, que sa fille, aide-soignante, a ramené de l'hôpital.
La NFS, la VS sont normales, les glycémies entre 1,5 (8 h) et 2 g/l (14 h). L'INR est à 4 ; la créatininémie à 160 µmol/l.

Question 1 Quelles sont les 3 affections que la topographie de la douleur fait évoquer ?

Question 2 Quelle est celle que l'on retient après l'examen clinique ?

TSVP

Les radiographies du bassin sont normales, celles du rachis objectivent une double discopathie, modérée, L4-L5 et L5-S1, associée à une arthrose interapophysaire postérieure.

Question 3 Pourquoi demande-t-on un examen tomodensitométrique dans ce cas ?

Question 4 Que montre-t-il ?



Question 5 Pourquoi le syndrome rachidien est-il absent ?

Question 6 Quels sont les liens entre cette pathologie et le diabète ?

Question 7 Que doit systématiquement comprendre l'examen clinique devant une telle symptomatologie, chez une femme de cet âge ?

Question 8 Faut-il poursuivre l'AINS ?

Question 9 Si l'on décide de réaliser une infiltration, comment devra-t-on procéder ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quelles sont les 3 affections que la topographie de la douleur fait évoquer ?

- La douleur de la face antérieure de la cuisse peut correspondre à une coxopathie ....4 points
- à une cruralgie ....2 points
  o (radiculite L3) ....2 points
- à une méralgie paresthésique : atteinte du nerf fémoro-cutané (nerf uniquement sensitif) au niveau de l'arcade crurale (il existe alors une hypoesthésie en raquette à la face antéro-externe de la cuisse et une zone « gâchette » au haut de l'arcade crurale)....................2 points

Question 2
10 points

Quelle est celle que l'on retient après l'examen clinique ?

- La normalité de l'examen de la hanche écarte une coxopathie ....5 points
- La diminution du réflexe rotulien atteste qu'il s'agit d'une atteinte crurale radiculaire ou tronculaire ....5 points

Les radiographies du bassin sont normales, celles du rachis objectivent une double discopathie, modérée, L4-L5 et L5-S1, associée à une arthrose interapophysaire postérieure.

Question 3
10 points

Pourquoi demande-t-on un examen tomodensitométrique dans ce cas ?

- Le scanner doit être réalisé pour éliminer un hématome du psoas....................5 points
- à l'origine d'un psoïtis et d'une souffrance du nerf crural..2 points
- Le surdosage en AVK en est la cause la plus fréquente .....3 points

Question 4
10 points

Que montre-t-il ?

- Le scanner ne montre pas d'anomalie du muscle psoas.....4 points
- Il met en évidence une hernie foraminale L3-L4 gauche ....6 points

Question 5
10 points

Pourquoi le syndrome rachidien est-il absent ?

- Dans les cruralgies du sujet âgé, les compressions sont souvent foraminales, soit par hernie soit par sténose arthrosique ou hyperostosique ....4 points
- Le syndrome rachidien est alors modéré ou absent ce qui ne doit pas faire exclure une étiologie rachidienne....................6 points

Question 6
10 points

Quels sont les liens entre cette pathologie et le diabète ?

- On a longtemps établi un lien entre diabète et cruralgie. En effet, avant TDM et IRM, la sacco-radiculographie n'objectivait pas ces compressions foraminales et l'on a émis l'hypothèse que le diabète était responsable de mononeuropathies crurales ....5 points
- Il reste probable que le diabète, par la neuropathie associée, rende plus sensibles à une compression modérée, les racines nerveuses ....5 points

Question 7
10 points

Que doit systématiquement comprendre l'examen clinique devant une telle symptomatologie, chez une femme de cet âge ?

- Plus souvent que les sciatiques, les cruralgies peuvent être tronculaires ....2 points
- et secondaires à une tumeur pelvienne ....3 points
- l'examen gynécologique est donc obligatoire devant toute cruralgie féminine ....5 points

Question 8
16 points

Faut-il poursuivre l'AINS ?

- Les AVK sont surdosés, peut-être du fait d'une potentialisation par l'AINS ....4 points
- il existe un risque majeur d'hémorragie digestive ....4 points
- De plus, les AINS, notamment les oxicams à longue demi-vie ....4 points
- peuvent aggraver l'insuffisance rénale. Il faut donc arrêter l'AINS ....4 points

Question 9
14 points

Si l'on décide de réaliser une infiltration, comment devra-t-on procéder ?

- L'infiltration ne peut être réalisée sous AVK ....2 points
- il faut les arrêter et relayer ceux-ci par un traitement héparinique ....1 point
- Dans ce cas, les HBPM sont contre-indiquées par l'insuffisance rénale sévère ....2 points
- Il faudra prendre le relais des AVK par héparinate de calcium (3 injections sous-cutanées/j, sous contrôle du TCA) et effectuer l'infiltration en « sautant » une injection ....2 points
- Les corticoïdes injectés peuvent décompenser le diabète, il faudra donc surveiller 2 fois/j au moins la glycémie ....4 points
- et introduire éventuellement, transitoirement, un traitement par insuline ....3 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique illustre les diverses étiologies à évoquer devant une douleur de cuisse. Les cruralgies, plus souvent que les sciatiques, peuvent être secondaires (hématome du psoas, tumeur pelvienne) ; lorsqu'elles sont d'origine rachidienne, les hernies ou les compressions sont le plus souvent foraminales et le syndrome rachidien est modéré.

Les AVK contre-indiquent la prescription d'AINS. Les AINS, surtout les oxicams de longue durée de vie ont, de plus, une toxicité rénale, surtout s'il existe une insuffisance rénale préexistante ou si le malade est traité par diurétiques.

La dernière question concerne les précautions à prendre, avant d'infiltrer un malade diabétique et traité par AVK.

Dossier 2

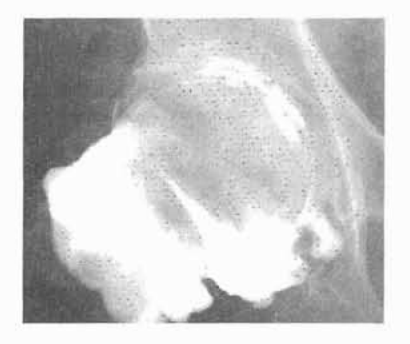
M. F., 48 ans, ancien footballeur, présente depuis 3 mois des douleurs de l'aine et la fesse droite irradiant vers le genou. Elles surviennent à l'effort, limitant la marche, calmées par le repos.
Il n'a aucun antécédent.

Question 1 Quelle atteinte articulaire vous évoque cette symptomatologie ?

Question 2 Quels sont les différents mouvements que vous allez analyser pour vous assurer de l'intégrité de son articulation coxo-fémorale ? Quelles sont leurs amplitudes ?

Question 3 Quelles sont les autres affections qui peuvent occasionner de telles douleurs ?

Question 4 Les radiographies standards sont normales. Quel est l'intérêt de l'examen complémentaire ci-dessous ? Que montre-t-il dans ce cas ? Quels sont ces inconvénients et ses avantages, comparés à l'IRM ?



Question 5 Quelles mesures thérapeutiques allez-vous proposer ?

Deux ans plus tard, les douleurs de M. F. augmentent, les radiographies montrent alors une arthrose majeure, l'arthroplastie est décidée.

Question 6 Quelles précautions doit-on envisager avant cette intervention ? Pourquoi ?

Question 7 Quelles mesures devra-t-on prendre pour éviter le risque thrombo-embolique en postopératoire ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
4 points

Quelle atteinte articulaire vous évoque cette symptomatologie ?

- Une coxopathie droite, de caractère mécanique ....4 points

Question 2
6 points

Quels sont les différents mouvements que vous allez analyser pour vous assurer de l'intégrité de son articulation coxo-fémorale ? Quelles sont leurs amplitudes ?

- Flexion : 140° ....1 point
- Rotation interne : 40° ....1 point
- Rotation externe : 60° ....1 point
- Abduction : 50° ....1 point
- Adduction : 40° ....1 point
- Extension : 20° ....1 point

Question 3
18 points

Quelles sont les autres affections qui peuvent occasionner de telles douleurs ?

- Cruralgie ou radiculite L3 ....4 points
- Atteinte des branches postérieures lombaires (L2-L3) ....4 points
- Atteinte de l'articulation sacro-iliaque ....4 points
- Méralgie paresthésique...2 points
- Tendinite des adducteurs ....2 points
- Tendinite du moyen fessier...2 points

Question 4
24 points

Les radiographies standards sont normales. Quel est l'intérêt de l'examen complémentaire ?

- L'arthographie permet d'opacifier la synoviale..................3 points
- et de visualiser précisément l'épaisseur du cartilage..........4 points

Que montre-t-il dans ce cas ?

- Ici, il existe un amincissement du cartilage cotyloïdien, alors que l'épaisseur du cartilage céphalique est normale ....5 points

Quels sont ces inconvénients et ses avantages, comparés à l'IRM ?

- L'arthrographie permet le diagnostic de certaines arthroses débutantes à un stade infraradiologique ....3 points
- Elle permet de prélever du liquide articulaire et d'infiltrer l'articulation en un seul temps..........................4 points
- Cependant, il s'agit d'un examen invasif (douleur et risque d'infection), qui ne montre pas les lésions osseuses infraradiologiques (ostéonécrose, algodystrophie etc.), contrairement à l'IRM..5 points

Question 5
18 points

Quelles mesures thérapeutiques allez-vous proposer ?

- Traitements symptomatiques (paracétamol, AINS si supérieurs au paracétamol)..5 points
- Traitements de fond (diacérheine, insaponifiable de soja, chondoitine sulfate) ....5 points
- Économie articulaire..3 points
- Pratique de vélo ....5 points

Deux ans plus tard, les douleurs de M. F augmentent, les radiographies montrent alors une arthrose majeure, l'arthroplastie est décidée.

Question 6
16 points

Quelles précautions doit-on envisager avant cette intervention ?

- Bilan dentaire (panoramique + consultation spécialisée)...4 points
- Radiographie des sinus..4 points
- Urocultures ....4 points

Pourquoi ?

- Afin d'éliminer un foyer infectieux, qui pourrait favoriser une infection de la prothèse ....4 points

Question 7
14 points

Quelles mesures devra-t-on prendre pour éviter le risque thrombo-embolique en postopératoire ?

- Si pas de contre-indications (allergie, insuffisance rénale), prescription d'une HBPM à dose préventive (Lovenox® · 4 000 U/j)...5 points
- Lever précoce ....3 points
- Bas de contention ....3 points
- Mobilisation pieds et chevilles...3 points

COMMENTAIRES

Dans ce cas clinique, il est tout d'abord question des signes fonctionnels et physiques d'une coxopathie. Les diagnostics différentiels d'une douleur de cuisse sont revus : cruralgie, méralgie, atteinte des branches postérieures, sacro-iléite, pubalgie.

La description des lésions arthrographiques d'une coxarthrose est demandée : amincissement du cartilage, non visible sur la radiographie standard.

Les intérêts respectifs de cet examen et de l'IRM, dans les différents types de coxopathies à radiographie normale sont précisés : l'arthrographie permet l'analyse du liquide articulaire et visualise bien l'épaisseur du cartilage, alors que l'IRM analyse le tissu osseux et la moelle.

Les précautions avant arthroplastie de hanche sont détaillées, ainsi que le traitement préventif du risque thrombo-embolique postopératoire par HBPM.

Dossier 3

M. G., 28 ans, cariste, souffre depuis plus d'un an de douleurs lombaires irradiant vers le côté droit.
Ces douleurs persistent malgré un arrêt de travail de 15 jours, et 10 séances de kinésithérapie. Elles le réveillent la nuit, mais la prise d'acide acétylsalycilique les calme particulièrement. Il a arrêté ce traitement en raison d'épigastralgies et il déprime.
L'examen clinique met en évidence une raideur lombaire assez nette, et les douleurs sont réveillées par l'inflexion latérale droite.
Les radiographies standards et la VS sont normales.

Question 1 Quels sont les éléments cliniques qui ne cadrent pas avec le diagnostic de lombalgie commune ?

Question 2 Par ordre de fréquence, quelle est la première cause de rachialgies nocturnes chez un homme de cet âge ? Citez 2 arguments radiologiques essentiels au diagnostic de cette affection.

TSVP

La scintigraphie osseuse a mis en évidence une hyperfixation localisée à la partie latérale droite du corps vertébral de L2.



Question 3 Décrivez les anomalies en tomodensitométrie (voir illustration ci-dessus). Quel diagnostic vous évoquent-elles ? Quels sont les autres arguments en faveur de ce diagnostic ?

Question 4 Quelles seront les possibilités thérapeutiques ?

Lors de la consultation d'anesthésie, avant l'intervention chirurgicale, un électrocardiogramme est réalisé. Il met en évidence des extra-systoles ventriculaires.

Question 5 Quels sont les signes électriques de bénignité de ces dernières ?

Question 6 Doit-on réaliser d'autres examens complémentaires ? Lesquels ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quels sont les éléments cliniques qui ne cadrent pas avec le diagnostic de lombalgie commune ?

- Le caractère nocturne des douleurs ....7 points
- leur persistance malgré le repos et la kinésithérapie ....6 points
- la sensibilité aux AINS n'évoquent pas le caractère mécanique habituel des lombalgies communes ....7 points

Question 2
18 points

Par ordre de fréquence, quelle est la première cause de rachialgies nocturnes chez un homme de cet âge ?

- La spondylarthrite ankylosante ....8 points

Citez 2 arguments radiologiques essentiels au diagnostic de cette affection.

- Sacroiléite radiologique (ou en tomodensitométrie ou IRM) ....5 points
- présence de syndesmophytes sur les radiographies du rachis...5 points

La scintigraphie osseuse a mis en évidence une hyperfixation localisée à la partie latérale droite du corps vertébral de L2.

Question 3
20 points

Décrivez les anomalies en tomodensitométrie.

- Lacune avec calcification centrale, entourée d'une condensation régulière : image en nidus ou grelot dans le corps vertébral..8 points

Quel diagnostic vous évoquent-elles ?

- Ostéome ostéoïde ....8 points

Quels sont les autres arguments en faveur de ce diagnostic ?

- Longue durée et caractère inflammatoire des douleurs, sensibilité des douleurs à l'aspirine ....4 points

Question 4
20 points

Quelles seront les possibilités thérapeutiques ?

- Exérèse chirurgicale (technique classique) .... 10 points
- Exérèse par trépan, sous scanner .... 4 points
- Alcoolisation ou destruction par radio-fréquence après ponction sous scanner .... 3 points
- Traitement par AINS, car certains ostéomes ostéoïdes disparaissent spontanément (ceci est surtout valable pour les localisations où l'exérèse est complexe ou dangereuse) .... 3 points

Lors de la consultation d'anesthésie, avant l'intervention chirurgicale, un électrocardiogramme est réalisé. Il met en évidence des extra-systoles ventriculaires.

Question 5
11 points

Quels sont les signes électriques de bénignité de ces dernières ?

- Aspect monomorphe .... 3 points
- Pas de doublets .... 3 points
- Couplage long (pas de phénomène R sur t) .... 3 points
- Absence de signes de ECG évocateurs d'une cardiopathie associée .... 2 points

Question 6
11 points

Doit-on réaliser d'autres examens complémentaires ? Lesquels ?

- Oui .... NC
- Les examens complémentaires doivent permettre d'affirmer qu'il n'existe pas de pathologie cardiaque sous-jacente .... 4 points
  - o échocardiographie transthoracique .... 4 points
  - o épreuve d'effort .... 3 points

COMMENTAIRES

L'ostéome ostéoïde est une tumeur bénigne localisée préférentiellement sur les os longs, mais pouvant concerner le rachis (20 % des cas). La sensibilité à l'aspirine est une de ses particularités cliniques. Elle est très hyperfixante en scintigraphie et donne typiquement en radiographies ou au scanner une image en grelot.

Elle peut disparaître spontanément, mais le plus souvent son exérèse est réalisée sous scanner par trépanation et exérèse ou destruction du nidus (indispensable pour que la tumeur ne récidive pas), ou par chirurgie classique.

Dossier 4

Mme B., 73 ans vient de subir une cholécystectomie. Cette intervention était justifiée par une cholécystite. Les suites opératoires sont simples. La reprise du transit s'est faite dans les délais habituels
Au 6e jour, elle signale d'importantes douleurs du poignet droit et de la fièvre à 38° Le poignet est chaud, rouge, tuméfié et douloureux à la moindre mobilisation. C'est le bras où elle avait été perfusée
La VS est à 30, la CRP à 120, la NFS normale
Cette malade signale avoir eu, il y a 3 ans, spontanément, une arthrite du genou gauche, résolutive sous AINS

Question 1 Quels sont les 3 diagnostics à évoquer en priorité ?

Question 2 Quels autres examens complémentaires demandez-vous ?

Question 3 Que montrent les radiographies du poignet ?



Question 4 Peut-on se contenter des signes radiographiques pour poser formellement le diagnostic ? Justifiez.

Question 5 Quelles articulations atteint le plus souvent cette affection ?

Question 6 Quels traitements allez-vous envisager ?

Question 7 Si cette patiente avait une calcémie à 2,85 mmol/l, une phosphorémie à 0,75 mmol/l, quelle affection devrait-on évoquer ? Quels pourraient être les liens entre cette affection et l'arthrite du poignet ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
11 points

Quels sont les 3 diagnostics à évoquer en priorité ?

- Arthrite septique après la cholécystite ....4 points
- Cellulite et arthrite postsepsis local favorisé par la perfusion ....3 points
- Arthrite aiguë chondrocalcinosique..................................4 points

Question 2
7 points

Quels autres examens complémentaires demandez-vous ?

- Hémocultures répétés ....3 points
- Examen cytobactériologique des urines ....1 point
- Radiographies des 2 poignets de face ....3 points
- Prélévement local d'une porte d'entrée septique (plaie, point de perfusion...) si signes d'appel ....NC

Question 3
6 points

Que montrent les radiographies du poignet ?

- Des calcifications du ligament annulaire du carpe ....4 points
- évocatrices de chondrocalcinose.......................................2 points

Question 4
27 points

Peut-on se contenter des signes radiographiques pour poser formellement le diagnostic ? Justifiez

- Non, la chondrocalcinose articulaire (CCA) radiologique est fréquente chez les sujets âgés (plus de 10 %) et sa présence ne peut permettre d'assurer le diagnostic ..3 points
- Elle peut être associée à une véritable arthrite septique ....2 points
- La ponction articulaire..6 points
- avec analyse cytologique ....2 points
- recherche de cristaux ....4 points
- et analyse bactériologique ....3 points
- par la mise en évidence de cristaux de pyrophosphate de calcium en lumière polarisée ....4 points
- et la stérilité du liquide articulaire affirmera le diagnostic .3 points

Question 5
23 points

Quelles articulations atteint le plus souvent cette affection ?

- La CCA atteint le plus souvent les genoux.........................4 points
- les poignets..4 points
- les épaules...4 points
- les coxo-fémorales ....4 points
- la symphyse pubienne ....4 points
- les disques intervertébraux..3 points

Question 6
18 points

Quels traitements allez-vous envisager ?

- En attendant le résultat de la ponction : AINS ....5 points
- où si ces derniers sont contre-indiqués par le terrain (sujet âgé, insuffisance rénale, risque d'ulcère gastro-duodénal dans un contexte postopératoire).......................3 points
- antalgiques et glaçage du poignet....................................4 points
- Après le résultat de la ponction (bactériologie négative), infiltration par corticoïdes..6 points

Question 7
8 points

Si cette patiente avait une calcémie à 2,85 mmol/l, une phosphorémie à 0,75 mmol/l, quelle affection devrait-on évoquer ?

- Une hyperparathyroïdie primitive......................................6 points

Quels pourraient être les liens entre cette affection et l'arthrite du poignet ?

- Elle est une des étiologies de la CCA secondaire ....2 points

COMMENTAIRES

La chondrocalcinose (CCE) se traduit souvent par des poussées fluxionnaires pseudo-goutteuses. Lorsqu'elles surviennent en postopératoire, comme c'est souvent le cas, il faut écarter une arthrite septique.

La chondrocalcinose est fréquente (plus de 10 % des sujets après 80 ans) et souvent asymptomatique. Elle peut rarement révéler une hyperparathyroïdie.

Dossier 5

Mme H., 66 ans, après quelques efforts de bricolage, a présenté, il y a 3 mois, des dorso-lombalgies. Les douleurs importantes, persistaient et ont motivé la prescription de radiographies.

Cette malade a été ménopausée à 45 ans, sans traitement substitutif. Elle est actuellement traitée par atorvastatine (Tahor®) pour une hypercholestérolémie et par un vasotonique (Daflon®) pour une insuffisance veineuse.

Son médecin traitant, devant l'aspect radiographique, suspecte une ostéoporose, confirmée par ostéodensitométrie (T-score au rachis : - 3 DS, au col fémoral - 2,7 DS) et débute un traitement par Raloxifène.

Malgré ce traitement, les douleurs s'intensifient et un examen tomodensitométrique est prescrit le radiologue signale l'absence d'hernie discale et mentionne la présence d'une arthrose interapophysaire postérieure en L3-L4 et L4-L5.

La malade souffre nuit et jour, devient anorexique et nauséeuse. Elle est alors hospitalisée aux urgences. Le bilan biologique est le suivant : VS 80, CRP · 5, Hb . 10 g/l, VGM . 98 μ^3, protidémie 94 g/l, créatininémie 160 µl/l, calcémie : 3,20 mmol/l, phosphorémie · 1,10 mmol/l.

TSVP

Question 1 Décrivez les anomalies radiologiques objectivées par les radiographies initiales.



Question 2 Décrivez les anomalies tomodensitométriques (coupe en T10) que le radiologue n'avait pas mentionnées.



Question 3 Analysez les anomalies biologiques actuelles.

Question 4 Quel diagnostic doit-on évoquer ?

Question 5 Par quels examens complémentaires va-t-il être confirmé ?

Question 6 Quel bilan biologique aurait dû être réalisé lors de la lecture des radiologies initiales ?

Question 7 Quel est l'intérêt de ce bilan ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
11 points

Décrivez les anomalies radiologiques objectivées par les radiographies initiales.

- Les radiographies de face, centrées sur la charnière dorso-lombaire montrent un tassement vertébral de T10 ....5 points
- L'épineuse, les pédicules sont visibles.................................2 points
- mais les contours vertébraux, notamment du plateau supérieur, apparaissent flous...2 points
- la trame osseuse de T10 et T11 paraît inhomogène, irrégulière..2 points

Question 2
11 points

Décrivez les anomalies tomodensitométriques (coupe en T10) que le radiologue n'avait pas mentionnées.

- La tomodensitométrie confirme l'impression radiologique : il n'existe pas de rupture corticale, mais la trame osseuse du corps vertébral est désorganisée avec des macrogéodes..5 points
- une perte de la trabéculation spongieuse normale ....3 points
- un aspect spiculé de la corticale...3 points

Question 3
14 points

Analysez les anomalies biologiques actuelles.

- Cette malade présente une VS augmentée.........................2 points
- une CRP normale ....1 point
- une anémie macrocytaire ....3 points
- une hyperprotidémie ....2 points
- une insuffisance rénale ....2 points
- une hypercalcémie..3 points
- et une phosphorémie normale ....1 point

Question 4
20 points

Quel diagnostic doit-on évoquer ?

- Le bilan biologique est évocateur d'un myélome multiple ..4 points
  - o VS augmentée avec CRP normale ....2 points
  - o hyperprotidémie ....2 points
- compliqué d'une anémie macrocytaire..................................2 points
- d'une hypercalcémie ....2 points
- et d'une insuffisance rénale..2 points
- Il s'agit d'une maladie de Kahler
  dans sa forme déminéralisante diffuse ....3 points
- Dans ce cas, les radiographies peuvent évoquer le diagnostic d'ostéoporose, mais le scanner ou l'IRM objectiveront les lacunes intra-osseuses (TDM) et l'infiltration plasmocytaire médullaire (IRM) ....3 points

Question 5
16 points

Par quels examens complémentaires va-t-il être confirmé ?

- L'électrophorèse des protides sériques...............................6 points
- l'immunofixation sang et urines avec dosage pondéral
  des IG...5 points
- et le médullogramme confirmeront le diagnostic...............5 points

Question 6
14 points

Quel bilan biologique aurait dû être réalisé lors de la lecture des radiologies initiales ?

Toute ostéoporose nécessite un bilan biologique comportant :
- VS ....1 point
- électrophorèse des protides...2 points
- calcémie...2 points
- phosphorémie...2 points
- créatininémie ....2 points
- calciurie ....2 points
- phosphaturie ....1 point
- TSH ....2 points

Question 7 *14 points*

Quel est l'intérêt de ce bilan ?

- Ce bilan permet le diagnostic différentiel avec les déminéralisations malignes, myélome en particulier ....3 points
- les endocrinopathies déminéralisantes
  - o hyperthyroïdie ....3 points
  - o hyperparathyroïdie....................3 points
- l'ostéomalacie....................2 points
- et les tubulopathies rénales, qui nécessitent des traitements spécifiques ....NC
  - o hypercalciurie ....2 points
  - o diabète phosphoré....................1 point

COMMENTAIRES

Cette observation illustre tout d'abord la nécessité d'un bilan biologique minimum, devant une ostéoporose fracturaire. Ce bilan comporte systématiquement une électrophorèse des protides sériques, afin d'éliminer un myélome qui peut se présenter sous une forme déminéralisante diffuse, où les lacunes n'apparaissent qu'en tomodensitométrie, où l'infiltration médullaire peut être montrée par l'IRM.

Le myélome multiple, comme c'est le cas dans cette observation, peut se compliquer, outre les lésions osseuses, d'hypercalcémie, d'anémie macrocytaire et d'insuffisance rénale.

Dossier 6

M. H. 76 ans est hospitalisé aux urgences pour une perte brutale et totale de la vision de l'œil droit.
L'interrogatoire met en évidence, depuis 3 mois, une altération de l'état général, avec amaigrissement de 5 kg et fièvre inexpliquée. En raison de douleurs cervicales et des épaules, ce patient prenait assez régulièrement du Diclofénac : 100 à 150 mg/j.
La VS est à 90, la CRP à 60. La NFS objective une anémie à 10,5 d'hémoglobine, avec un VGM à 78 μ^3, la créatininémie est normale 78 μmol/l, les phosphatases alcalines sont à 350 UI (normale > 120), la γ-GT à 120 (N < 60), les transaminases et la bilirubine sont normales. L'électrophorèse des protides montre une augmentation des α-2 globulines.
Dans ces antécédents, il faut noter une hypertension artérielle, traitée par inhibiteur calcique, et une résection endoscopique d'adénome prostatique, il y a 2 ans.

Question 1 Quels sont les autres signes cliniques que vous devez chercher, par l'interrogatoire et l'examen physique, pour étayer le diagnostic que vous évoquez ?

Question 2 Quelles peuvent être les causes de la cécité ?

Question 3 Que peut montrer le doppler artériel ?

Question 4 Quelles peuvent être les causes de l'anémie ? Comment les chercher ?

Question 5 Quelles peuvent être les étiologies des perturbations du bilan hépatique ?

Question 6 Quel examen pourra confirmer le diagnostic évoqué ? Que va-t-il montrer ? Quelles précautions faut-il prendre pour le réaliser et l'interpréter ?

Question 7 Quel traitement allez-vous envisager ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
16 points

Quels sont les autres signes cliniques que vous devez chercher, par l'interrogatoire et l'examen physique, pour étayer le diagnostic que vous évoquez ?

- Céphalées rebelles ....3 points
- paroxystiques...1 point
- inhabituelles ....1 point
- temporales ou fronto-temporales ....1 point
- rétro-orbitaires, faciales, unilatérales ....1 point
- Hyperesthésie du scalp..2 points
- Claudication de la mâchoire ....2 points
- Aspect inflammatoire des artères temporales.....................2 points
- Diminution ou abolition d'un pouls temporal.......................2 points
- Douleurs linguales, otalgies ....1 point

Question 2
12 points

Quelles peuvent être les causes de la cécité ?

- La cécité peut être liée à une neuropathie ischémique antérieure aiguë ....4 points
- à une neuropathie optique rétrobulbaire aiguë ....4 points
- ou à une occlusion de l'artère centrale de la rétine ....4 points

Question 3
14 points

Que peut montrer le doppler artériel ?

- Le doppler doit permettre chercher des anomalies carotidiennes cervicales d'origine athéromateuses qui peuvent, par migration embolique occasionner une ischémie rétinienne.................3 points
- Dans le cadre de la maladie de Horton, l'échodoppler des artères céphaliques permet de montrer les sténoses artérielles sur les artères céphaliques superficielles ....5 points
- de guider la biopsie ....4 points
- et pour certains auteurs de surveiller la maladie................2 points

Question 4
14 points

Quelles peuvent être les causes de l'anémie ?

L'anémie, microcytaire..2 points
est probablement d'origine inflammatoire...............................2 points
mais elle peut être aussi spoliative..2 points
par saignement digestif occulte, lié à la prise d'AINS.............2 points

Comment les chercher ?

- Dans les deux cas, le fer sera abaissé. Dans le premier cas, la ferritine sera augmentée ....3 points
- alors qu'elle sera abaissée ou plutôt moins augmentée que ne le voudrait le syndrome inflammatoire, dans la deuxième hypothèse ....3 points

Question 5
14 points

Quelles peuvent être les étiologies des perturbations du bilan hépatique ?

- La maladie de Horton peut s'accompagner d'une cholestase anictérique ....4 points
- Cette hépatopathie peut être aussi d'origine médicamenteuse ....4 points
  - o toxicité potentielle du Diclofénac® ....2 points
- il faudra aussi éliminer une lithiase ou des anomalies morphologiques hépatiques par une échographie hépato-vésiculaire ....4 points

Question 6
14 points

Quel examen pourra confirmer le diagnostic évoqué ?

- Biopsie de l'artère temporale ....3 points

Que va-t-il montrer ?

- La mise en évidence de signes de panartérite giganto-cellulaire permet d'affirmer avec certitude le diagnostic de maladie de Horton ....3 points
- prolifération fibreuse de l'intima, fragmentation de la limitante élastique interne, inflammation granulomateuse avec cellules géantes multinucléées dans la media ....2 points

Quelles précautions faut-il prendre pour le réaliser et l'interpréter ?

- Afin d'optimiser la biopsie de l'artère temporale, il faut réaliser un prélèvement de grande taille (> 3 cm)..... 1 point
- qui doit être analysé en totalité par l'anatomo-pathologiste 1 point
- La sensibilité de cet examen étant comprise entre 50-90 %, une biopsie de l'artère temporale négative n'élimine pas le diagnostic de MH ....2 points
- en raison du caractère segmentaire et focal de l'artérite...2 points

Question 7 Quel traitement allez-vous envisager ?
16 points

- Corticothérapie..4 points
- la dose initiale de prednisone, surtout en cas de complication oculaire grave, est de 1 mg/kg/j pour la MH....................2 points
- Après le premier mois de traitement à la dose initiale, la décroissance de la corticothérapie générale se fait par paliers successifs, d'une durée habituelle de 15 jours : paliers de 10 mg entre 60 et 40 mg/j, paliers de 5 mg entre 40 et 20 mg/j, paliers de 2,5 mg entre 20 et 10 mg/j, paliers de 1 mg en dessous de 10 mg/j.............................3 points
- La durée totale de la corticothérapie est souvent comprise entre 1 et 3 an(s) au cours de la MH...................................1 point
- La VS est contrôlée tous les 15 jours les premiers 3 mois, puis tous les mois...3 points
- En cas de réapparition des signes cliniques ou d'ascension de la VS en dessus de 20, la dose précédente de corticoïdes est reprise....................3 points

COMMENTAIRES

La maladie de Horton (MH) peut débuter par une cécité unilatérale. Elle associe ces signes oculaires à une altération de l'état général, à des céphalées avec hyperesthésie du cuir chevelu et claudication de la mâchoire.

Elle peut provoquer une anémie inflammatoire et s'associer à une cholestase. Les autres étiologies de ces symptômes biologiques sont discutées dans le cadre d'un dossier transversal.

Le traitement de la MH est basé sur la corticothérapie.

Dossier 7

Mme L., 52 ans, 45 kg pour 1,58 m, consulte pour des douleurs des 2 bras, évoluant depuis 6 mois environ, survenant jour et nuit.
Cette malade est en aménorrhée depuis 4 mois, décrit des bouffées de chaleur et une tendance dépressive.
Elle a, par ailleurs, une hypertension artérielle traitée par amlopidine (Amlor®) et une hypercholestérolémie traitée depuis 8 mois par simvastatine (Zocor®).
À l'interrogatoire, elle précise que les douleurs concernent plus particulièrement l'épaule droite et le coude gauche. Elle décrit, de plus, des paresthésies nocturnes dans l'index et le médius, droits et gauches. La pression des biceps est douloureuse.
NFS, VS, CRP : normales.

Question 1 Vous évoquez une tendinite du supra-épineux et une épicondylite : quels éléments cliniques devraient vous permettre d'étayer ces hypothèses diagnostiques ?

Question 2 Quels traitements pouvez-vous proposer pour ces affections ?

Question 3 Quel diagnostic évoquent les paresthésies ? Quels seront les signes cliniques à chercher et l'examen paraclinique à effectuer en cas de doute ? Que montrera cet examen ?

Question 4 À quoi peut-on attribuer les myalgies ? Quels examens complémentaires réaliser ?

Question 5 Existe-t-il un lien entre ces tendinites, ces paresthésies et l'aménorrhée ? Que doit-on effectuer pour savoir si cette patiente est réellement ménopausée ?

Question 6 Si la ménopause est effective, quelles sont les explications que l'on doit fournir à cette malade pour décider avec elle de l'opportunité ou non d'un traitement hormonal substitutif (THS) ?

Question 7 Quelles sont les contre-indications formelles à ce traitement ?

Question 8 Quel examen du tissu osseux peut apporter des arguments médicaux à la prescription du THS ? Pourquoi est-il particulièrement indiqué chez cette malade ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
13 points

Vous évoquez une tendinite du supra-épineux et une épicondylite : quels éléments cliniques devraient vous permettre d'étayer ces hypothèses diagnostiques ?

- En faveur d'une tendinite du supra-épineux ....NC
  - o douleur externe, sous-acromiale....................................2 points
  - o réveillée par la manœuvre de Jobe...............................4 points
  - o et l'abduction contrariée ....2 points
- En faveur d'une épicondylite ....NC
  - o douleur à la pression de l'épicondyle ....2 points
  - o et provoquée par la pronation contrariée de l'extension du poignet ....3 points

Question 2
11 points

Quels traitements pouvez-vous proposer pour ces affections ?

- AINS...3 points
- + physiothérapie (ultrasons) ....2 points
- infiltration de corticoïdes ....2 points
- rééducation des abaisseurs de l'épaule ....2 points
- et orthèse d'immobilisation du poignet pour l'épicondylite ....2 points

Question 3
17 points

Quel diagnostic évoquent les paresthésies ?

- Syndrome du canal carpien (paresthésies dans le territoire du médian) ....3 points

Quels seront les signes cliniques à chercher et l'examen paraclinique à effectuer en cas de doute ?

- Signes de Tinel...2 points
- et de Phalen ....1 point
- amyotrophie et déficit moteur de la loge thénarienne (adduction du pouce) ....2 points
- troubles sensitifs concernant la pulpe des 3 premiers doigts ....2 points
- Électromyographie (EMG)...3 points

Que montrera cet examen ?

- Bloc de conduction sensitivo-moteur au canal carpien, altération de morphologie des potentiels, à un stade plus évolué : tracés neurogènes sur les muscles thénariens ....4 points

Question 4
6 points

À quoi peut-on attribuer les myalgies ?

- Au traitement par statines (Zocor®) ....2 points

Quels examens complémentaires réaliser ?

- Dosage CPK ....2 points
- Signes myogènes à l'EMG ....2 points

Question 5
5 points

Existe-t-il un lien entre ces tendinites, ces paresthésies et l'aménorrhée ?

- Les syndromes du canal carpien « idiopathiques » les tendinites non traumatiques des membres supérieurs surviennent très fréquemment lors de la période périménopausique...........2 points

Que doit-on effectuer pour savoir si cette patiente est réellement ménopausée ?

- Un test à la progestérone doit être réalisé..........................1 point
- S'il est négatif, peuvent permettre le diagnostic de ménopause
  - o des dosages de FSH ....1 point
  - o et d'œstradiol ....1 point

Question 6
23 points

Si la ménopause est effective, quelles sont les explications que l'on doit fournir à cette malade pour décider avec elle de l'opportunité ou non d'un traitement hormonal substitutif (THS) ?

- Les études récentes (WHI et *Million Women*) ont confirmé que le THS augmentait le risque de cancer du sein............4 points
- et le risque thrombo-embolique..3 points
- Le risque de cancer du sein augmente avec la durée du traitement ....2 points
- Il revient à la normale dès que l'on arrête le THS..............2 points
- Le THS réduit le risque de fractures vertébrales et non vertébrales durant la durée du traitement...3 points
- et réduit l'incidence du cancer du colon.............................3 points
- L'étude WHI montre que les œstrogènes équins, associés à des progestatifs nor androgéniques, prescrits chez des femmes de 65 ans en moyenne, avec des facteurs de risque vasculaires importants (tabac, obésité), augmentent l'incidence du risque vasculaire artériel (accidents coronariens, accidents vasculaires cérébraux)..3 points
- Aucune conclusion concernant le 17-bêta-œstradiol, œstrogène le plus fréquemment utilisé en Fance, administré chez des femmes plus jeunes, de 55 ans, ne peut être déduite de cette étude...................................2 points
- L'efficacité du THS sur les douleurs tendineuses est possible, mais n'a pas été démontrée..1 point

Question 7
15 points

Quelles sont les contre-indications formelles à ce traitement ?

- Antécédents personnels de cancer du sein.........................5 points
- de maladie thrombo-embolique..5 points
- Pathologie hépatique grave ....3 points
- Lupus érythémateux aigu disséminé ....2 points

Question 8
10 points

Quel examen du tissu osseux peut apporter des arguments médicaux à la prescription du THS ?

- Ostéodensitométrie (absorptiométrie à rayons X, DXA) : en cas d'ostéopénie ou d'ostéoporose, cela peut-être un argument pour prescrire le THS ....6 points

Pourquoi est-il particulièrement indiqué chez cette malade ?

- Le faible BMI de la patiente est un facteur de risque majeur de diminution de la densité minérale osseuse et de fractures ostéoporotiques..4 points

COMMENTAIRES

Dans cette observation, les douleurs des membres supérieurs correspondent à une périarthrite d'épaule, une épicondylite, un syndrome du canal carpien survenant, comme c'est souvent le cas, chez une malade récemment ménopausée.

Les myalgies sous statines sont associées à ces tendinites.

Les indications, les effets secondaires (cancer du sein, phlébite), les effets bénéfiques (améliaration des signes fonctionnels, prévention de l'ostéoporose, diminution du risque du cancer colique) du THM sont énumérés.

L'ostéodensitométrie doit être réalisée lorsqu'existe un facteur de risque d'ostéoporose.

Dossier 8

Mme R., 39 ans, consulte pour des douleurs de l'avant-bras gauche, à prédominance nocturne, évoluant depuis 1 mois. Ces douleurs surviennent aussi lorsqu'elle conduit sa voiture. La nuit, des fourmillements du pouce et de l'index la réveillent.
Cette malade présente des cervicalgies depuis 2 ans, à la suite d'un accident de voiture avec traumatisme crânien.

Question 1 Décrivez les différents temps de votre examen clinique. Quels sont les 2 diagnostics que vous évoquez ?

Question 2 Quels examens complémentaires allez-vous demander en première intention ? Pourquoi ?

L'un de ces examens permet de mettre en évidence un bloc de conduction sur le nerf médian, au poignet.

Question 3 Quelle est la physiopathologie de la compression ?

Question 4 Quelles sont les différentes attitudes thérapeutiques que vous pouvez proposer ?

Deux mois plus tard, cette même patiente présente des douleurs des articulations métacarpo-phalangiennes, des interphalangiennes proximales, des avant-pieds, avec enraidissement matinal d'une heure et gonflement en fuseau des doigts.

Question 5 Quelle affection soupçonnez-vous ?

Question 6 Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

Question 7 Quels sont les liens entre la première et la deuxième affection ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
17 points

Décrivez les différents temps de votre examen clinique.

- L'interrogatoire doit préciser la topographie des paresthésies .... 3 points
- L'examen clinique comporte un examen de la mobilité cervicale .... 2 points
- la manœuvre de Spurling .... 1 point
- la recherche d'un signe de Lasègue du membre supérieur .. 1 point
- l'examen neurologique des membres supérieurs, de façon comparative (force musculaire, réflexes ostéotendineux, sensibilité, recherche d'une amyotrophie) .... 4 points
- l'examen neurologique des membres inférieurs (recherche d'un syndrome pyramidal) .... 2 points
- la recherche des signes de Tinel et de Phalen .... 2 points

Quels sont les 2 diagnostics que vous évoquez ?

- Soit névralgie cervico-brachiale (NCB) .... 2 points
- Soit syndrome du canal carpien .... 2 points

Question 2
8 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander en première intention ? Pourquoi ?

- Radiographie de la colonne cervicale face et profil, en raison des antécédents et des cervicalgies .... 3 points
- Électromyographie pour préciser le niveau et la gravité de la compression neurologique .... 5 points

L'un de ces examens permet de mettre en évidence un bloc de conduction sur le nerf médian, au poignet.

Question 3
22 points

Quelle est la physiopathologie de la compression ?

- Le nerf médian passe dans le canal carpien entre les os du carpe et le ligament triangulaire, avec les tendons fléchisseurs ...4 points
- En l'absence d'antécédents traumatiques avec fracture du poignet ....2 points
- la compression résulte le plus souvent d'un œdème des gaines tendineuses ou des structures périneurales.......4 points
- œdème idiopathique dans le cadre de la ménopause ....3 points
- de microtraumatismes ....2 points
- ou secondaire :
  - o hypothyroïdie ....2 points
  - o grossesse ....2 points
- Le nerf médian peut aussi être comprimé par une téno-synovite des fléchisseurs..3 points

Question 4
14 points

Quelles sont les différentes attitudes thérapeutiques que vous pouvez proposer ?

- En l'absence de signes sensitifs ou moteurs déficitaires, une infiltration de corticoïdes ....5 points
- associée ou non au port d'une attelle pendant 8 à 10 jours, doit être proposée ....4 points
- En cas de déficit sensitif ou d'amyotrophie, l'intervention chirurgicale est de règle ....5 points

Deux mois plus tard, cette même patiente présente des douleurs des articulations métacarpo-phalangiennes, des interphalangiennes proximales, des avant-pieds, avec enraidissement matinal d'une heure et gonflement en fuseau des doigts.

Question 5
6 points

Quelle affection soupçonnez-vous ?

- Polyarthrite rhumatoïde (PR) ....6 points

Question 6
27 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

- VS .... 2 points
- CRP .... 2 points
- NFS .... 1 point
- Recherche de facteurs rhumatoïdes .... 5 points
- Recherche d'anticorps antiprotéines citrullinées .... 4 points
- Recherche d'anticorps antinucléaires .... 5 points
- Radiographies des 2 mains et poignets de face .... 4 points
- Radiographies des avant-pieds de face .... 4 points

Question 7
6 points

Quels sont les liens entre la première et la deuxième affection ?

- La PR peut débuter par une ténosynovite des fléchisseurs, à l'origine du syndrome du canal carpien .... 6 points

COMMENTAIRES

Il est tout d'abord question du diagnostic de paresthésies digitales associées à des cervicalgies : du diagnostic différentiel clinique entre syndrome du canal carpien et névralgie cervico-brachiale. L'intérêt de l'électromyographie est discuté. Le traitement du syndrome du canal carpien est basé sur l'infiltration puis la neurolyse chirurgicale, en cas d'échec.

En fait, ce syndrome du canal carpien, ou plutôt la ténosynovite des fléchisseurs qui le provoquait, inaugurait une polyarthrite rhumatoïde, et les dernières questions portent sur les examens complémentaires à effectuer pour diagnostiquer cette affection.

Dossier 9

M. H., 20 ans consulte pour des dorsalgies médianes, évoluant depuis 6 mois. Il est réveillé chaque nuit et se trouve enraidi une bonne partie de la matinée.
Il a présenté, l'an passé, des douleurs du talon gauche, avec boiterie, durant 1 mois, associées à une sciatique tronquée, droite, qui réapparaît depuis 15 jours.
L'examen clinique trouve une raideur dorsale, douloureuse, avec une ampliation thoracique à 3 cm. La mobilisation des coxo-fémorales est normale. La pression sur le sacrum provoque une sciatalgie gauche tronquée, à mi-cuisse. Les réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs sont vifs et symétriques.
La VS est à 45. Les radiographies du rachis sont normales.

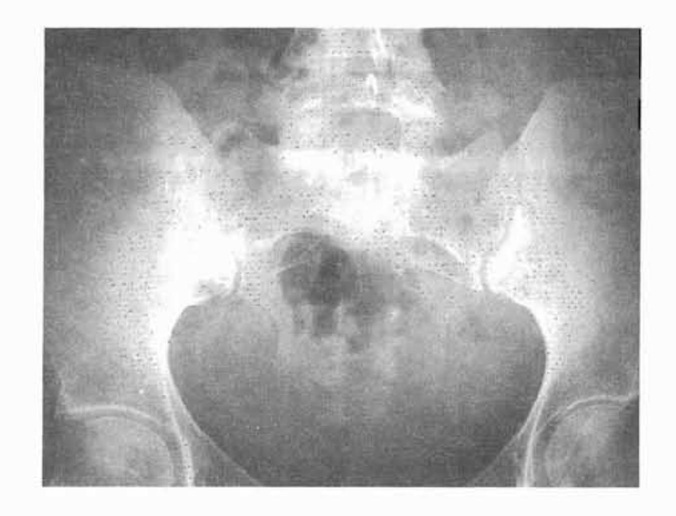
Question 1 Le tableau clinique est très évocateur d'un diagnostic, lequel ? Argumentez. Quel autre signe d'interrogatoire pourrait amener un argument supplémentaire ?

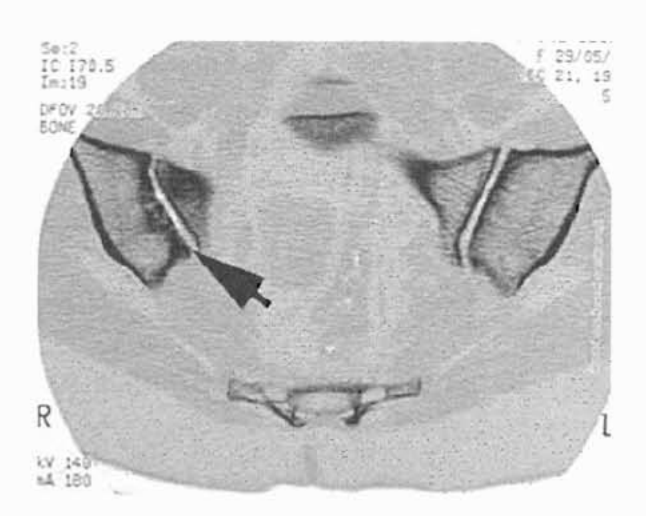
Question 2 Citez 4 manœuvres cliniques qui peuvent permettre de rapporter les douleurs fessières à une sacro-iléite.

Question 3 La découverte de l'HLA-B27 permet-elle d'affirmer le diagnostic ? Pourquoi ?

TSVP

Question 4 Décrivez les signes radiographiques et tomodensitométriques. Existe-t-il une sacro-iliéite ? Pourquoi ?





Question 5 Quel intérêt y a-t-il à pratiquer une IRM rachidienne si les radiographies sont normales ?

Question 6 Citez 2 facteurs de mauvais pronostic de cette affection.

Question 7 Quels sont les divers traitements de cette maladie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
6 points

Le tableau clinique est très évocateur d'un diagnostic, lequel ? Argumentez.

- L'association de rachialgies de caractère inflammatoire, de sciatalgies à bascule, de talagies chez un homme jeune évoque le diagnostic de SPA ....3 points

Quel autre signe d'interrogatoire pourrait amener un argument supplémentaire ?

- La sensibilité aux AINS est un élément du diagnostic positif..3 points

Question 2
18 points

Citez 4 manœuvres cliniques qui peuvent permettre de rapporter les douleurs fessières à une sacro-iléite.

- Pression directe de l'articulation..4 points
- Écartement des ailes iliaques...4 points
- Pression médiane sur le sacrum...4 points
- Appui uni podal...4 points
- (qui déclenchent la douleur du haut de la fesse)...............2 points

Question 3
10 points

La découverte de l'HLA-B27 permet-elle d'affirmer le diagnostic ? Pourquoi ?

- Non ....5 points
- C'est un argument important (80 % en sont porteurs) mais non formel : l'HLA-B27 est trouvé chez 7 à 8 % de la population générale et la SPA ne concerne que 0,1 à 0,2 % de celle-ci ....5 points

Question 4
16 points

Décrivez les signes radiographiques et tomodensitométriques.

- Sur la radiographie, la sacro-ilaque droite paraît condensée ....4 points
- et irrégulière ....4 points

Existe-t-il une sacro-iliéite ? Pourquoi ?

- En cas de doute, un scanner doit être pratiqué. Il confime l'aspect radiologique : condensation et irrégularités.......................4 points
- géodes de la berge iliaque de la sacro-ilaque droite, confirmant le sacroileite ....4 points

Question 5
12 points

Quel intérêt y a-t-il à pratiquer une IRM rachidienne, si les radiographies sont normales ?

- L'IRM peut montrer des enthésopathies inflammatoires......3 points
- infraradiologiques, se caractérisant par un hypersignal en T2 ou STIR......3 points
- Cet examen permet un diagnostic précoce et, surtout, démontre l'activité de la maladie......6 points

Question 6
12 points

Citez 2 facteurs de mauvais pronostic de cette affection.

- Existence et persistance d'un important syndrome inflammatoire biologique......6 points
- survenue d'une coxite......6 points

Question 7
26 points

Quels sont les divers traitements de cette maladie ?

- Les AINS sont la base du traitement de la SPA......6 points
  - o parmi eux la phénylbutazone......4 points
- Les traitements de fond sont surtout actifs dans les formes périphériques......NC
  - o sels d'or......3 points
  - o sulfazalazine......3 points
  - o méthotrexate......5 points
- Les anti-TNF sont remarquablement efficaces dans les formes sévères......5 points

COMMENTAIRES

Les critères de diagnostic de la spondylarthrite ankylosante (SPA).

Critères de New York, modifiés

- Critères cliniques :
  - lombalgies depuis au moins 3 mois, améliorées par l'activité physique et non soulagées par le repos
  - limitation de la mobilité du rachis lombaire dans le plan sagittal et dans le plan frontal
  - ampliation thoracique diminuée
- Critères radiologiques :
  - sacro-iliite de grade 3, unilatérale ou de grade 2, bilatérale

Nécessité d'un critère radiologique et d'un critère clinique.

La SPA est la première cause de dorsalgies chez l'homme jeune. Les réveils en deuxième partie de nuit, l'efficacité des AINS sont évocateurs. La présence de l'HLA-B27 ne suffit pas à affirmer le diagnostic. L'examen clinique des sacro-iliaques est difficile. Si les radiographies sont douteuses, scanner et IRM sont plus performants.

L'existence d'une coxite et l'importance du syndrome inflammatoire sont des facteurs de mauvais pronostic.

Dossier 10

Mme G., 65 ans, 1,55 m, 74 kg, agricultrice, souffre depuis 6 mois de son pied droit et de sa cheville droite. Elle est maintenant réveillée la nuit par des douleurs pulsatiles de l'avant-pied et sa température oscille de 37,5 à 38°
Elle a depuis 4 ans un diabète non insulino-requérant pour lequel le régime n'est pas suivi. Elle prend irrégulièrement de la metformine. Elle a l'habitude de marcher pieds nus dans des sabots et l'hygiène laisse à désirer...
À l'examen sa cheville douloureuse est tuméfiée, l'avant-pied, douloureux à la pression, à la mobilisation, est élargi. L'examen clinique est par ailleurs normal, en dehors d'un souffle systolique au foyer mitral (2/6), qui, dit-elle, est connu depuis au moins 10 ans.
NFS normale, VS 25, CRP . 30, créatininémie, transaminases . normales, glycémie à jeun 1,8 g/l.

TSVP

Question 1 Commentez les résultats de la radiographie du pied et de la cheville de profil.



Question 2 Quels diagnostics évoquez-vous en priorité, pourquoi ?

Question 3 Par quels examens complémentaires confirmer ou infirmer vos hypothèses diagnostiques ?

Question 4 Comment doit-on s'assurer que le souffle cardiaque n'a pas de rapport avec l'affection du pied ?

Question 5 Quels examens complémentaires biologiques permettent de contrôler l'équilibre glycémique à moyen terme ?

Question 6 Quelles sont les principales complications entraînées par ce type de diabète ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
18 points

Commentez les résultats de la radiographie du pied et de la cheville de profil.

- Il existe un pincement complet .... 3 points
- des articulations talo-crurales .... 2 points
- et sous-taliennes .... 2 points
- L'articulation talo-naviculaire est aussi pincée .... 3 points
- Le talus a été quasi totalement résorbé .... 3 points
- On voit des processus d'ossification péri-articulaire .... 3 points
- en arrière de la talo-crurale .... 1 point
- et en avant de la talo-naviculaire .... 1 point

Question 2
19 points

Quels diagnostics évoquez-vous en priorité, pourquoi ?

- Le contexte clinique (évolution sur 6 mois) .... 3 points
- biologique (syndrome inflammatoire modéré) .... 3 points
- et radiologique (destruction de plusieurs articulations avec tentatives de reconstruction, lyses osseuses) .... 3 points
- évoque des arthrites septiques bacillaires .... 3 points
- ou brucelliennes .... 3 points
- On pourrait évoquer une arthropathie neurogène .... 3 points
- mais la normalité de l'examen neurologique (sensibilité superficielle et profonde), le syndrome inflammatoire biologique vont à l'encontre de ce diagnostic .... 1 point

Question 3
32 points

Par quels examens complémentaires confirmer ou infirmer vos hypothèses diagnostiques ?

- IDR tuberculine ....3 points
- Radiographie du thorax ....2 points
- Recherche de BK dans les urines ....2 points
- et tubages gastriques ....2 points
- Sérologie brucella ....3 points
- Hémocultures ....2 points
- et surtout ponction de l'articulation talo-crurale ....3 points
- avec examen cytologique, bactériologique, cultures et recherche de BK par PCR ....3 points

Si pas de liquide articulaire :

- biopsie chirurgicale de la synoviale ....3 points
- avec examen anatomo-pathologique ....3 points
- bactériologie et mise en culture (BK) ....2 points
- Électromyographie pour chercher une neuropathie périphérique pouvant entraîner une arthropathie neurogène ....2 points
- L'existence de cette neuropathie, liée au diabète, ne permettra d'affirmer ce diagnostic que si les prélèvements bactériologiques sont négatifs ....2 points

Question 4
11 points

Comment doit-on s'assurer que le souffle cardiaque n'a pas de rapport avec l'affection du pied ?

- Si les prélèvements bactériologiques du pied montrent un pyogène, pour permettre la recherche d'une endocardite bactérienne : ....NC
  - o une échocardiographie ....4 points
  - o avec échographie transœsophagienne ....3 points
- Hémocultures répétées ....3 points
- L'absence de végétations endocarditiques à l'échographie ne permet pas de récuser formellement le diagnostic d'endocardite ....1 point

Question 5
8 points

Quels examens complémentaires biologiques permettent de contrôler l'équilibre glycémique à moyen terme ?

- Dosage de l'hémoglobine glycosylée ....5 points
- évalue l'équilibre glycémique des 3 mois précédents ....3 points

Question 6
15 points

Quelles sont les principales complications entraînées par ce type de diabète ?

- Atteinte coronarienne ....3 points
- Artériopathie des membres inférieurs.................................3 points
- Rétinopathie...3 points
- Atteinte rénale ....3 points
- Neuropathie ....3 points

COMMENTAIRES

Les arthrites septiques à BK ou mycobactéries autres, à brucelles, peuvent occasionner des destructions articulaires progressives sans signes infectieux cliniques ou biologiques francs. La biopsie synoviale a tout son intérêt lorsqu'elle montre des lésions tuberculoïdes. Elle peut permettre de trouver le germe. Les techniques de recherche de BK par PCR sont plus rapides que les cultures classiques.

Au pied et à la cheville, les diagnostics différentiels sont les arthropathies neurogènes, dans le cadre de neuropathies congénitales ou diabétiques.

Dans le cadre de la transversalité, le diagnostic d'une endocardite et les principales complications du diabète sont demandées.

Dossier 11

M. F., 25 ans, a bénéficié, il y a 1 mois, d'une meniscectomie interne, partielle, du genou droit, sous arthroscopie. Le compte rendu opératoire fait état de ligaments et de cartilage normaux. Il effectue depuis 10 jours des séances quotidiennes de rééducation. Ces séances sont de plus en plus douloureuses. Le genou est limité en flexion et a augmenté de volume.

Depuis 24 heures, les douleurs du genou le réveillent. Il a 38° de fièvre, mouche et tousse.

À l'examen, vous notez une pharyngite et vous confirmez l'épanchement du genou.

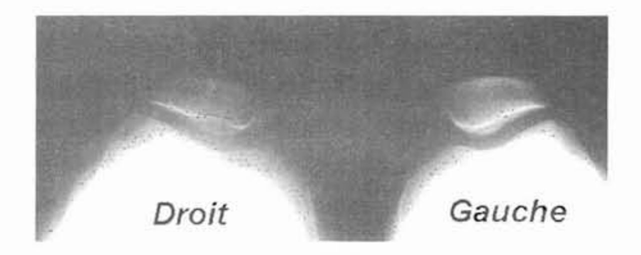
TSVP

Question 1 Quel geste allez-vous effectuer ? Dans quel but ? Décrivez de quelle manière vous allez procéder, rédigez l'ordonnance pour le laboratoire.

Question 2 Quels sont les 2 diagnostics que vous évoquez et les données précises du laboratoire qui vous permettront de trancher ?

Question 3 Quels autres examens complémentaires prescrivez-vous ? Pourquoi les examens sanguins ne seront pas contributifs ?

Question 4 Décrivez les anomalies radiologiques révélées par les radiographies. Quel diagnostic portez-vous alors ? Quel est l'intitulé du cliché ? Quelles pathologies cette incidence permet-elle d'explorer habituellement ?



Question 5 M. F., à qui vous avez expliqué le diagnostic, demande s'il pourra jouer à nouveau au football, que lui répondez-vous ?

Question 6 Allez-vous modifier la prise en charge rééducative ? De quelle façon ?

Question 7 M. F voudrait récupérer les éléments de son dossier, concernant l'hospitalisation pour la meniscectomie, quels sont ses droits ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
27 points

Quel geste allez-vous effectuer ? Dans quel but ?

- Ponction de genou pour confirmer l'épanchement et analyser le liquide articulaire ....5 points
- Il faut vérifier qu'il n'existe pas de plaies ou d'excoriations cutanées, hors les cicatrices de l'arthroscopie, en regard du point de ponction (supéro-externe ou antéro-interne) ....3 points

Décrivez de quelle manière vous allez procéder.

- Lavage soigneux des mains ....2 points
- Demander au patient s'il n'est pas allergique à un désinfectant iodé ....2 points
- Si non, désinfection à la Bétadine® (2 applications)..........2 points
- si oui désinfection à la Chlorexidine..................................2 points
- Attendre au moins 2 minutes avant la ponction ....2 points
- Utiliser du matériel stérile (seringue et aiguille) ....2 points
- Ne pas parler pendant le geste ou mettre un masque ....2 points

Rédigez l'ordonnance pour le laboratoire.

- Analyse cytologique et bactériologique du liquide articulaire (examen direct et cultures) ....5 points

Question 2
20 points

Quels sont les 2 diagnostics que vous évoquez et les données précises du laboratoire qui vous permettront de trancher ?

- Arthrite septique...4 points
- ou algodystrophie sympathique réflexe ....4 points
- Dans le premier cas, le liquide est inflammatoire (> 3 000 leucocytes/mm^3), très riche en globules blancs, dont la majorité est des polynucléaires ....4 points
- L'examen direct ou les cultures mettront en évidence un germe ....4 points
- Dans le deuxième cas, le liquide articulaire sera mécanique (< 1 500 leucocytes/mm^3) et stérile..................................4 points

Question 3
15 points

Quels autres examens complémentaires prescrivez-vous ?

- NFS..2 points
- VS..3 points
- CRP..3 points
- Radiographies comparatives des 2 genoux, face, profil, défilés rotuliens à 45° ....3 points

Pourquoi les examens sanguins ne seront pas contributifs ?

- La pharyngite peut, à elle seule, entraîner une augmentation de la VS, de la CRP et une polynucléose, qui ne signifieront pas qu'il existe une arthrite septique ....4 points

Question 4
17 points

Décrivez les anomalies radiologiques révélées par les radiographies.

- Déminéralisation pommelée et hétérogène de la rotule.....5 points
- pas de pincement articulaire fémoro-patellaire.................5 points

Quel diagnostic portez-vous alors ? Quel est l'intitulé du cliché ? Quelles pathologies cette incidence permet-elle d'explorer habituellement ?

- Les défilés rotuliens sont demandés devant un syndrome rotulien, pour mettre en évidence une arthrose fémoro-patellaire ou une dysplasie rotulienne...7 points

Question 5
8 points

M. F., à qui vous avez expliqué le diagnostic, demande s'il pourra jouer à nouveau au football, que lui répondez-vous ?

- L'algodystrophie guérit en règle générale sans séquelles et l'arthroscopie montrait que M. F. avait des ligaments intègres et un cartilage normal (absence d'arthrose) : il pourra donc pratiquer à nouveau le football.................8 points

Question 6
6 points

Allez-vous modifier la prise en charge rééducative ? De quelle façon ?

- La rééducation de l'algodystrophie doit être indolente : il faut effectuer de la physiothérapie, des bains écossais, une mobilisation douce, éviter tout travail contre résistance ....6 points

Question 7
7 points

M. F voudrait récupérer les éléments de son dossier, concernant l'hospitalisation pour la meniscectomie, quels sont ses droits ?

- Sur demande écrite, M. F. peut récupérer l'intégralité des éléments de son dossier : observations, courriers, compte rendu opératoire, radiographies, examens biologiques ....7 points

COMMENTAIRES

Dans un premier temps, il s'agit de la conduite à tenir devant un épanchement postchirurgical du genou. L'intérêt de l'analyse du liquide articulaire est démontré. Elle permet le diagnostic différentiel entre arthrite septique (liquide inflammatoire, voire puriforme et cultures bactériologiques positives) et algodystrophie sympathique réflexe (ADSR) (liquide mécanique stérile). Une virose suffit à induire un syndrome inflammatoire. Les signes radiologiques de l'ADSR : déminéralisation pommelée concernant surtout la rotule, sont illustrés. L'ADSR évolue en règle générale vers la guérison sans séquelles. Il faut que la kinésithérapie soit indolente, privilégie la physiothérapie avec bains écossais. La dernière question de médecine légale concerne les droits d'accès au dossier pour le malade.

Dossier 12

Mme F., 54 ans, sans antécédents, est ménopausée depuis 3 ans, en dehors de tout autre facteur de risque d'ostéoporose. Le diagnostic d'ostéoporose est porté par ostéodensitométrie. Elle bénéficie d'un traitement hormonal substitutif (THS) par Kliogest® (1 cp/j). Elle est adressée à la consultation car, malgré le traitement hormonal correctement pris, sa densité minérale osseuse (DMO) a baissé. En effet, en juin 2001, la DMO du rachis était à 0,850 g/cm^2 (T-score : – 2,60) celle du col fémoral à 0,785 g/cm^2 (T-score : – 2,10) et, sur l'absorptiométrie du mois de juillet 2003, la DMO est de 0,800 g/cm^2 au rachis et de 0,760 g/cm^2, au col fémoral.
Mme F. est fatiguée et déprimée. Sa tension artérielle est à 17/10, pourtant ses bouffées de chaleur ont totalement régressé et elle ressent assez souvent une tension mammaire douloureuse.

Question 1 Donnez la définition de l'ostéoporose densitométrique. Quelles précautions doit-on prendre avant d'interpréter correctement des variations densitométriques sur 2 examens successifs ? Pourquoi ces précautions sont-elles importantes ?

Question 2 Quelles variations de la DMO devrait-on observer sous un THS dont l'observance est correcte ?

Question 3 Quels sont les signes cliniques qui montrent que, dans ce cas, le THS est correctement administré et pris ?

Question 4 Quel bilan aurait dû être réalisé lors de la première ostéodensitométrie et pourquoi ?

Le bilan biologique effectué à la consultation montre VS . 3, CRP 3, électrophorèse des protides sériques : normale, calcémie 2,80 mmol/l, phosphorémie 0,75 mmol/l, créatininémie : 85 mmol/l, TSH . 2.

Question 5 Quel diagnostic évoquez-vous ?

Question 6 Comment confirmerez-vous ce diagnostic ?

Question 7 Pourquoi ce diagnostic est-il important ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
14 points

Donnez la définition de l'ostéoporose densitométrique.

- T-score < – 2,5, déviations standards de la valeur moyenne des femmes de 20 à 40 ans d'une population de référence ....3 points

Quelles précautions doit-on prendre avant d'interpréter correctement des variations densitométriques sur 2 examens successifs ?

- Il faut que les mesures aient été faites sur le même appareil ....3 points
- et que le malade et les repères de mesure aient été positionnés de la même façon ....3 points

Pourquoi ces précautions sont-elles importantes ?

- Théoriquement, le coefficient de variation (CV) de la méthode qui en définit la reproductibilité est de l'ordre de 1 %.......2 points
- mais un mauvais positionnement du malade, ou des zones de mesures, peuvent majorer ce CV jusqu'à 2 à 3 %..........1 point
- ce qui correspond aux gains attendus sous traitement ou aux pertes liées à l'ostéoporose sur une année (on ne pourra donc pas conclure) ....2 points

Question 2
10 points

Quelles variations de la densité minérale osseuse devrait-on observer sous un THS dont l'observance est correcte ?

- Normalement le THS permet, dans les 2 premières années, un gain de DMO de 1 à 3 % par an ....5 points
- or cette malade a perdu, en 2 ans, 6 % au rachis (on peut conclure que son ostéoporose est évolutive, sous traitement) ....5 points

Question 3
8 points

Quels sont les signes cliniques qui montrent que, dans ce cas, le THS est correctement administré et pris ?

Sont de bons signes cliniques d'imprégnation œstrogénique et donc de bonne observance du traitement :

- la suppression des manifestations climatériques....................4 points
- et les tensions mammaires douloureuses ....4 points

Question 4
36 points

Quel bilan aurait dû être réalisé lors de la première ostéodensitométrie et pourquoi ?

- Toute ostéoporose fracturaire ou densitométrique ....2 points
- nécessite un bilan biologique minimum ....2 points
- permettant d'écarter les diagnostics différentiels de l'ostéoporose postménopausique ....4 points
  - o myélome ....3 points
  - o hyperthyroïdie ....3 points
  - o ostéomalacie ....2 points
  - o hyperparathyroïdie...3 points
  - o tubulopathies ....2 points

Ce bilan comprend :

- VS ....1 point
- électrophorèse des protéines...3 points
- calcémie...3 points
- phosphorémie ....1 point
- créatininémie...1 point
- calciurie ....2 points
- phosphaturie ....1 point
- TSH ....1 point
- Ce bilan s'imposait dans ce cas, d'autant qu'il n'existait pas de facteurs de risque d'ostéoporose et que la ménopause récente n'expliquait pas la déminéralisation ....3 points

Le bilan biologique effectué à la consultation, maintenant, montre : VS 3, CRP : 3, électrophorèse des protides sériques : normale, calcémie 2,80 mmol/l, phosphorémie : 0,75 mmol/l, créatininémie : 85 mmol/l, TSH 2.

Question 5
14 points

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Le bilan biologique de Mme F., associant :

- hypercalcémie ....3 points
- hypophosphorémie..2 points
- absence de syndrome inflammatoire ....1 point
- et d'insuffisance rénale, associé aux signes cliniques :
  - o asthénie...1 point
  - o HTA ....1 point
- est très évocateur d'une hyperparathyroïdie primitive ....6 points

Question 6
10 points

Comment confirmerez-vous ce diagnostic ?

- Le diagnostic pourra être confirmé par dosage du calcium ionisé (élevé) ....5 points
- et de la PTH intacte (élevée)....................5 points

Question 7
8 points

Pourquoi ce diagnostic est-il important ?

- Ce diagnostic est important car, seule, la parathyroïdectomie pourra permettre le traitement radical de l'HPT, et, conséquemment, un gain de densité minérale osseuse et une prévention des fractures ostéoporotiques ....8 points

COMMENTAIRES

La définition de l'ostéoporose non fracturaire est basée sur le T-score, établi par l'ostéodensitométrie en comparant la densité minérale osseuse (DMO) du malade à celle de sujets témoins de même sexe et de masse osseuse maximum.

Dans le suivi, les ostéodensitométries doivent être réalisées sur le même appareil et les mesures doivent être réalisés de la même façon que lors de l'examen précédent.

L'hyperparathyroïdie est une cause relativement fréquente d'ostéoporose, diagnostiquée devant une hypercalcémie, une hypophosphorémie et une augmentation de la PTH. Lorsqu'elle occasionne l'ostéoparose, son traitement est chirurgical.

Dossier 13

Mme L., 58 ans, consulte pour des douleurs de l'aine et la face antérieure de la cuisse droites, présentes nuit et jour depuis 1 mois. L'articulation coxo-fémorale est limitée et les mouvements exacerbent les douleurs.
Cette patiente a une polyarthrite rhumatoide, connue depuis 10 ans, traitée par sulfazalazine (Salazopyrine® 2 g/j) et diclofénac (Voltarène® : 150 mg/j) Cette PR n'avait jamais occasionné de douleurs de hanche. En raison d'une poussée inflammatoire touchant le poignet gauche et le genou droit, son médecin a prescrit, il y a 2 mois pendant 8 jours, de la méthylprednisolone injectable (120 mg/j)
Les radiographies du bassin de face sont actuellement normales, la VS est à 10, la CRP à 9 (normale inférieure à 5)

Question 1 Quelles sont les 3 hypothèses diagnostiques pour expliquer cette coxopathie à radiographies normales ? Dans ce contexte, comment interprétez-vous la VS et la CRP ?

Question 2 Vous demandez une IRM, quels autres examens complémentaires d'imagerie aurait-on pu prescrire ? Quels sont les avantages de l'IRM par rapport à ces examens ?

Question 3 Que montre l'IRM : séquence pondérée en T1 et T2 ?





Question 4 Quel est donc le diagnostic ? Quel est son lien avec le traitement de la PR ?

Question 5 Quelle attitude thérapeutique vis-à-vis de la PR aurait été préférable ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
25 points

Quelles sont les 3 hypothèses diagnostiques pour expliquer cette coxopathie à radiographies normales ?

- Ostéonécrose (ON) de hanche .... 8 points
- Coxite rhumatoïde .... 8 points
- Coxite septique .... 4 points

Dans ce contexte, comment interprétez-vous la VS et la CRP ?

- La normalité de la VS et de la CRP va à l'encontre de l'hypothèse d'une coxite .... 5 points

Question 2
25 points

Vous demandez une IRM, quels autres examens complémentaires d'imagerie aurait-on pu prescrire ? Quels sont les avantages de l'IRM par rapport à ces examens ?

- La scintigraphie est sensible mais non spécifique : elle peut montrer une hyperfixation dans les 3 cas .... 7 points
- Le scanner peut être pris en défaut dans l'ON débutante, il peut montrer l'épanchement articulaire .... 7 points
- L'arthrographie peut montrer une synovite et permettre de ponctionner le liquide articulaire .... 7 points
- Cet examen est intéressant dans l'hypothèse d'une coxite, mais il n'a pas dans d'intérêt dans l'ON .... 4 points

Question 3
30 points

Que montre l'IRM : séquence pondérée en T1 et T2 ?

- En T1, il existe une bande d'hypo-signal délimitant le séquestre nécrosé, en hypo- ou isosignal en T1 .... 8 points
- En T2, le séquestre reste hypo- ou isosignalant .... 8 points
- et la bande d'hyposignal se rehausse d'une bande adjacente en hypersignal, traduisant l'œdème : .... 6 points
  - o cette image est appelée « double ring » .... 4 points
- Il n'existe pas d'épanchement articulaire, pas de synovite, sur la séquence en T2 .... 4 points

Question 4
10 points

Quel est donc le diagnostic ?

- Il s'agit donc d'une ON aseptique de hanche ....5 points

Quel est son lien avec le traitement de la PR ?

- On peut l'attribuer à la corticothérapie systémique, de courte durée mais à fortes doses, prescrite il y a 2 mois ....5 points

Question 5
10 points

Quelle attitude thérapeutique vis-à-vis de la PR aurait été préférable ?

- Lorsqu'une poussée de PR ne concerne qu'une ou deux articulations, la corticothérapie locale (infiltrations) est aussi efficace et moins toxique sur le plan général.....10 points

COMMENTAIRES

Il est tout d'abord question des causes de coxopathie à radiographie normale : coxite, algodystrophie ou ostéonécrose débutantes.

L'ostéonécrose de hanche est diagnostiquée par l'IRM : zone d'hyposignal en T1 et T2, définissant le séquestre nécrosé.

Il s'agit d'une des complications de la corticothérapie à fortes doses, même lorsque la durée du traitement a été courte.

L'intérêt des infiltrations de corticoïdes, lorsque le rhumatisme inflammatoire ne concerne qu'une ou deux articulations, doit être reconnu.

Dossier 14

M G. comptable, 28 ans, a présenté, il y a 10 jours, une violente douleur lombaire basse. Dans la nuit, est apparue une douleur irradiant à la face postérieure de la cuisse et du mollet gauche. Il ressent des fourmillements dans le petit orteil. Il entre péniblement dans votre cabinet penché un peu vers l'avant et à gauche. Il est un peu enrhumé et la douleur s'exacerbe lorsqu'il tousse. La distance doigt-sol est de 30 cm, le Shöber à 0,5 cm. Il a un signe de Lasègue à 30°, une hypo-esthésie sur la plante externe du pied et une abolition du réflexe achilléen.
Chef d'entreprise, il a voulu continuer son travail, mais il souffre toujours malgré 150 mg de Voltarène® et 6 comprimés de Diantalvic® par jour, prescrits par votre remplaçant le week-end passé. Comme M. G. voulait absolument savoir s'il avait ou non une hernie discale, ce dernier lui a prescrit un examen tomodensitométrique qu'il vous montre.



TSVP

Question 1 Quel est le diagnostic clinique, pourquoi ?

Question 2 Que montre l'examen tomodensitométrique ?

Question 3 Pourquoi pouviez-vous, cliniquement, expliquer au patient qu'il était très probable qu'il ait une hernie discale ?

Question 4 Comment allez-vous expliquer au patient que cette découverte ne modifie en rien la prise en charge thérapeutique ?

Question 5 Les signes neurologiques constatés sont-ils péjoratifs quant au pronostic ?

Question 6 Quels signes cliniques doivent conduire à effectuer un scanner (ou une IRM) en urgence ?

Question 7 D'après les recommandations de l'ANAES, comment doit-on explorer une sciatique commune ?

Question 8 Quelle attitude thérapeutique allez-vous proposer à ce malade ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
13 points

Quel est le diagnostic clinique, pourquoi ?

- La topographie de la douleur...3 points
- l'hypo-esthésie du petit orteil...3 points
- l'abolition du réflexe achilléen...3 points
- évoquent une sciatique S1 gauche...................................4 points

Question 2
10 points

Que montre l'examen tomodensitométrique ?

- Le scanner montre une hernie discale latéro-médiane L5-S1 gauche...7 points
- pouvant comprimer la racine S1 gauche ....3 points

Question 3
16 points

Pourquoi pouviez-vous, cliniquement, expliquer au patient qu'il était très probable qu'il ait une hernie discale ?

Sont des signes de sciatique radiculaire par hernie discale :

- le début brutal ....3 points
- l'attitude antalgique...3 points
- l'intensité du syndrome rachidien ....3 points
- l'impulsivité à la toux...3 points
- Épidémiologiquement, à 28 ans, plus de 90 % des sciatiques sont liées à une hernie discale ....4 points

Question 4
7 points

Comment allez-vous expliquer au patient que cette découverte ne modifie en rien la prise en charge thérapeutique ?

- Il faut expliquer au patient que 90 % des sciatiques sont secondaires à une hernie discale et que 90 % des sciatiques guérissent médicalement.........3 points
- On sait, de plus, qu'il n'y a aucune corrélation entre le volume de la hernie, sa topographie et son pronostic....2 points
- Quand la sciatique est guérie, chez 50 % des malades, la hernie discale a disparu, chez un sujet sur deux elle persiste. Enfin, on sait que près d'un sujet sur trois, après 50 ans, a une hernie discale asymptomatique ....2 points

(Dans le cadre d'une radiculite banale, TDM ou IRM ne doivent être réalisées qu'en cas d'échec d'un traitement médical bien conduit pendant 2 mois.)

Question 5
4 points

Les signes neurologiques constatés sont-ils péjoratifs quant au pronostic ?

- Non, l'existence d'un trouble sensitif ou l'abolition d'un réflexe ostéo-tendineux confirment la radiculite mais n'en aggravent pas le pronostic ....4 points

Question 6
24 points

Quels signes cliniques doivent conduire à effectuer un scanner (ou une IRM) en urgence ?

- Les explorations (TDM ou RMN) doivent être effectuées dans un but préchirurgical pour authentifier l'étiologie de la sciatique et guider le chirurgien : ....6 points
  - o si la sciatique est hyperalgique (douleur insupportable au-delà de 48 heures malgré les antalgiques majeurs)..4 points
  - o s'il existe un déficit moteur important ....4 points
    - (testing < 3) ....3 points
    - (l'examen de la motricité sera pratiqué, au besoin, après avoir calmé la douleur, qui peut entraîner une parésie réflexe, par un morphinique d'action rapide : Actiskénan®) ....2 points
  - o s'il existe un syndrome de la queue-de-cheval avec anesthésie en selle et troubles sphinctériens ....5 points

Question 7
13 points

D'après les recommandations de l'ANAES, comment doit-on explorer une sciatique commune ?

- Les radiographies (bassin de face + radiographies de la colonne lombaire face et profil + clichés centrés sur L5-S1) ....5 points
- la VS ....3 points
- ne doivent être réalisées qu'après persistance des douleurs pendant 15 à 20 jours ....2 points
- afin d'éliminer une sciatique secondaire ....3 points

Question 8
13 points

Quelle attitude thérapeutique allez-vous proposer à ce malade ?

- Repos au lit ....3 points
- \+ AINS ....3 points
- Le traitement antalgique (palier II ou III si besoin) doit être adapté au jour le jour : il faut que le malade trouve une position, dans son lit, où il ne souffre pas et y reste ....5 points
- En cas d'échec, malgré l'absence d'étude contrôlée probante, une hospitalisation peut être demandée afin d'effectuer une infiltration épidurale par des corticoïdes ....2 points

COMMENTAIRES

Il s'agit, dans ce cas clinique, d'une sciatique typique. Les examens complémentaires (VS, radiographies standards) sont effectués dans le seul but d'éliminer une sciatique secondaire.

L'impulsivité à la toux, la raideur rachidienne et/ou l'attitude antalgique, le signe de Lasègue confirment l'origine radiculaire de la sciatique.

L'examen tomodensitométrique ne doit être réalisé que lorsqu'existe une indication chirurgicale : sciatique paralysante, syndrome de la queue de cheval, résistance au traitement médical bien conduit (repos au lit, AINS, antalgiques, infiltrations) durant 2 mois.

Dossier 15

Mme F., 70 ans, 60 kg, est traitée pour une pseudo-polyarthrite rhizomélique par méthylpredisolone (Médrol® . 1/2 mg/kg/j). Après 5 jours de traitement, les douleurs des ceintures ont totalement disparu. Initialement, la VS était à 40 à la première heure, la CRP à 20. Cette patiente est hypertendue, traitée par une association énalapril et hydrochlorothiazide (Co-Rénitec®).

Question 1 Donnez les grandes lignes du traitement. Quelles sont les principales complications d'une corticothérapie au long cours ?

Question 2 Quels seront les risques particuliers pour cette malade ?

Question 3 Comment les prévenir ?

Question 4 Par quels mécanismes la corticothérapie peut-elle induire une ostéoporose ?

Question 5 Comment peut-on savoir si l'ostéoporose existe avant même le début de la corticothérapie ?

Question 6 Quels pourront être les traitements à proposer pour éviter la déminéralisation ? Dans quels types de corticothérapie doit-on les prescrire ?

Après un mois de traitement, Mme F., à la suite d'une rhinopharyngite, présente une toux productive, des râles sibilants des 2 champs pulmonaires et de la fièvre à 38,5°.

Question 7 Quelle sera votre attitude thérapeutique ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
29 points

Donnez les grandes lignes du traitement.

- Corticothérapie à doses progressivement dégressives, afin de faire en sorte que les signes cliniques ne réapparaissent pas et que la VS reste normale .... 4 points
- Cette corticothérapie est poursuivie pendant 12 à 18 mois en moyenne .... 3 points

Quelles sont les principales complications d'une corticothérapie au long cours ?

- Ostéoporose .... 2 points
- Ostéonécrose .... 1 point
- Myopathie .... 1 point
- Aspect cushingoïde : vergetures, acné, hirsutisme, retard de cicatrisation, atrophie cutanée .... 3 points
- Athérosclérose .... 2 points
- Hypertension artérielle .... 2 points
- Glaucome, cataracte .... 2 points
- Infections .... 2 points
- Prise de poids .... 1 point
- Diabète sucré .... 2 points
- Freination de l'axe hypophyso-surrénalien .... 2 points
- Troubles thymiques .... 1 point
- Ulcère gastroduodénal si doses > 20 mg/j .... 1 point

Question 2
9 points

Quels seront les risques particuliers pour cette malade ?

- Décompensation de l'HTA .... 3 points
- Athérosclérose, car autre facteur de risque .... 3 points
- Hypokaliémie, car le diurétique thiazidique peut induire aussi une hypokaliémie .... 3 points

Question 3
10 points

Comment les prévenir ?

- Régime hyposodé strict lorsque les doses de corticoïdes seront supérieures à 10 mg/j .... 4 points
- Contrôle régulier le la TA .... 3 points
- Arrêt du thiazidique, à remplacer par un diurétique épargneur de potassium ou une autre classe d'antihypertenseur .... 3 points

Question 4
16 points

Par quels mécanismes la corticothérapie peut-elle induire une ostéoporose ?

- Diminution de l'action digestive de la vitamine D..............3 points
- Diminution de l'absorption du calcium ....3 points
- Hyperparathyroïdisme secondaire avec hyper-resorption..4 points
- Action freinatrice sur les ostéoblastes................................4 points
- Diminution du taux et de l'action osseuse des hormones sexuelles...2 points

Question 5
10 points

Comment peut-on savoir si l'ostéoporose existe avant même le début de la corticothérapie ?

- Par réalisation d'une ostéodensitométrie ou absorptiométrie à rayons X ou DXA..5 points
- L'ostéoporose se définit par une diminution de la densité minérale osseuse (DMO), inférieure à – 2,5 déviation standard en T-score (comparaison de la DMO de la malade à la DMO maximum)...5 points

Question 6
17 points

Quels pourront être les traitements à proposer pour éviter la déminéralisation ?

- Les traitements par bisphosphonates :...............................6 points
  - o étidronate (Didronel® : 400 mg/j pendant 14 jours), puis calcium (1 g/j) et vitamine D (400 à 600 UI/j) les deux mois et demi restant ....3 points
  - o ou risédronate (Actonel® : 5 mg/j) + calcium et vitamine D ont l'AMM dans la prévention de l'ostéoporose cortico-induite.....................................3 points

Dans quels types de corticothérapie doit-on les prescrire ?

- Ils doivent être prescrits si des doses supérieures à 7,5 mg/j d'équivalents prednisone pendant plus de 3 mois sont prescrites...5 points

Après un mois de traitement, Mme F., à la suite d'une rhinopharyngite, présente une toux productive, des râles sibilants des 2 champs pulmonaires et de la fièvre à 38,5°

Question 7
9 points

Quelle sera votre attitude thérapeutique ?

- Radiographie thoracique..2 points
- et bactériologie des crachats...3 points
- puis une antibiothérapie à large spectre doit être prescrite en raison de la diminution des défenses immunitaires liée à la corticothérapie :...NC
  - o par exemple, amoxicilline + acide clavulinique (Augmentin® : 2 g/j) ....1 point
  - o ou ciprofloxacine (Ciflox® : 500 mg/j) ....1 point
- L'antibiothérapie sera adaptée après résultats de l'examen bactériologique des crachats...2 points

COMMENTAIRES

Les principales complications d'une corticothérapie au long cours, employée en particulier dans le traitement de la maladie de Horton, sont : la décompensation d'un diabète, la myopathie, la fragilisation cutanée, la cataracte, le risque d'insuffisance surrénale à l'arrêt.

Chez cette patiente âgée . la conduite à tenir pour éviter la majoration de l'HTA, l'ostéoporose (traitement basé sur calcium, vitamine D et risédronate) est illustrée.

Les complications infectieuses doivent être traitées par une antibiothérapie à large spectre dans un premier temps, adaptée en fonction des prélèvements bactériologiques ensuite.

Dossier 16

M. G., 55 ans, plâtrier, consulte pour des douleurs de la colonne cervicale et de la colonne lombaire. Ses douleurs évoluent depuis une dizaine d'années. Il les attribuait initialement à la pénibilité de son travail, d'autant qu'elles cédaient rapidement sous AINS, ce qui n'est plus le cas. Il est réveillé actuellement la nuit, alors que les douleurs diminuent d'intensité vers midi.
Il est porteur d'un psoriasis en goutte du tronc.
Il y a 5 ans, il a eu, pendant 6 mois, des douleurs des 2 fesses, irradiant à la face postérieure des cuisses, pour lesquelles le diagnostic de sciatique a été évoqué.
L'examen clinique met en évidence une distance menton-sternum à 6 cm, occiput-mur à 3 cm. La distance doigt-sol est de 20 cm et l'indice de Shober à 1,5 cm.
La VS est à 10 mm à la première heure.

Question 1 Quels arguments cliniques vous évoquent un rhumatisme inflammatoire axial ?

Question 2 Décrivez les lésions radiographiques sur les clichés du rachis cervical et lombaire face et profil ?





Quel est le diagnostic ?

Question 3 Quels autres examens complémentaires pouvez-vous demander ?

Question 4 Citez les traitements que vous pouvez proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
21 points

Quels arguments cliniques vous évoquent un rhumatisme inflammatoire axial ?

- Les douleurs ont un horaire inflammatoire..........................6 points
- elles sont calmées par les AINS ....5 points
- Les pygalgies à bascule étaient probablement des douleurs de sacro-iléites ....5 points
- Il existe une raideur rachidienne importante, notamment cervicale que l'on ne retrouve pas, habituellement dans l'arthrose ....5 points

Question 2
27 points

Décrivez les lésions radiographiques sur les clichés du rachis cervical et lombaire face et profil ?

- Les radiographies montrent, au rachis lombaire haut de volumineux syndesmophytes antérieurs.........................5 points
- et, au rachis cervical, des syndesmophytes se rejoignant, aboutissant à une ossification du ligament vertébral commun antérieur............................5 points
- Il existe, de plus, une fusion de C4-C5 par disparition quasi complète du disque C4-C5..5 points
- Derrière C4, C5, C6, on note une ossification, fine, du ligament vertébral commun postérieur..........................5 points

Quel est le diagnostic ?

- Les signes cliniques, radiographiques, l'existence d'un psoriasis cutané évoquent un rhumatisme psoriasique axial.............7 points

Question 3
27 points

Quels autres examens complémentaires pouvez-vous demander ?

- Le groupage HLA de classe 1 ....5 points
  - o dans le rhumatisme psoriasique montre une association avec le B27 dans les formes axiales ....3 points
  - o avec les allèles B16 et B17 dans les formes périphériques.......................................3 points
  - o mais cette association n'est pas indispensable au diagnostic, d'autant que les allèles B16 et B17 sont fréquemment rencontrés dans une population saine ....4 points
- Une radiographie du bassin et des sacro-iliaques en compression peuvent objectiver la sacro-iléite...............4 points
- complétés par un scanner (ou une IRM) en cas de doute ..3 points
- Une radiographie de la colonne dorsale face et profil, sera aussi réalisée ....5 points

Question 4
25 points

Citez les traitements que vous pouvez proposer ?

- Les anti-inflammatoires non stéroidiens sont le traitement de choix...8 points
- associés à une gymnastique respiratoire et posturale ....6 points
  (Ils doivent être évalués rigoureusement, testés à doses pleines sur une période de 6 à 7 jours. La susceptibilité individuelle est remarquable.)
- Les traitements de fond classiques (sulfazalazine, méthotrexate) sont peu efficaces dans ces formes axiales ....3 points
- En cas d'échec des AINS comme dans cette observation, dans les formes sévères, les anti-TNF-α (infliximab, étanercept) sont très efficaces et doivent être proposés........................8 points

COMMENTAIRES

Il s'agit d'une observation caractéristique de rhumatisme psoriasique à forme axiale avec des lésions radiologiques typiques : ponts de Bywater au rachis lombaire, ossifications du ligament vertébral commun antérieur au rachis cervical. Dans ce cas, compte tenu de l'inefficacité fréquente des traitements de fond classiques, les anti-TNF sont de plus en plus fréquemment employés.

Dossier 17

M F. 45 ans, maçon, consulte pour des douleurs et un gonflement du genou droit, apparues il y a 2 jours Les douleurs, très violentes l'ont réveillé plusieurs fois cette nuit L'examen objective un genou augmenté de volume, douloureux à la mobilisation La température est à 37°. L'examen clinique est par ailleurs normal.

Cette année, ce malade a présenté, à 2 reprises, un gonflement violacé et douloureux du gros orteil gauche, ayant régressé sous naproxène

L'an passé, il a présenté des dorsalgies et une sciatalgie tronquée droite

Il est porteur d'un psoriasis des coudes et du cuir chevelu.

Il vous apprend que son père était traité pour une goutte.

Il vous montre les résultats de la prise de sang réalisée hier VS 35, NFS normale, uricémie 420 mmol/l. Les radiographies du genou sont normales

---

Question 1 Quelles sont les 2 principales hypothèses diagnostiques ? Justifiez vos réponses.

Question 2 Quels autres examens complémentaires allez-vous demander ? Dans quels buts ?

Le liquide articulaire est stérile, il contient 8 000 éléments nucléés, dont 85 % de polynucléaires

---

Question 3 Voici l'aspect en lumière polarisée, du liquide articulaire que montre-t-il ? Quel est le procédé biochimique pour confirmer la nature de ce que l'on observe ?



Question 4 Quelle attitude thérapeutique allez-vous adopter ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
24 points

Quelles sont les 2 principales hypothèses diagnostiques ? Justifiez vos réponses.

- Un rhumatisme psoriasique ....5 points
  - o avec dorsalgies...2 points
  - o et sacro-iléite droite ....2 points
  - o atteinte de la première métatarso-phalangienne ....2 points
  - o et maintenant une arthrite du genou...............................1 point

(L'uricémie est souvent augmentée dans le psoriasis.)

- Une goutte...5 points
  - o en raison des antécédents familiaux...............................2 points
  - o de l'atteinte antérieure du gros orteil (régressive sous AINS, alors que la dorsalgie et la sciatique avaient un caractère mécanique) ....2 points
  - o L'uricémie, dans les limites de la normale, peut l'être pendant la crise ....3 points

Question 2
25 points

Quels autres examens complémentaires allez-vous demander ?

- Radiographies des 2 avant-pieds de face avec déroulés obliques..3 points
- du rachis dorso-lombaire face et profil..............................3 points
- du bassin de face avec sacro-iliaques en compression.......3 points
- ponction avec examen cyto-bactériologique du liquide articulaire et recherche de cristaux en lumière polarisée...................6 points

Dans quels buts ?

- Les radiographies sont réalisées pour chercher des signes en faveur d'un rhumatisme psoriasique : syndesmophytes, sacro-iléite, atteinte de l'interphalangienne du gros orteil .5 points
- La ponction articulaire permettra de confirmer la nature inflammatoire et aseptique de l'épanchement et révélera la présence de cristaux d'acide urique et signera le diagnostic de goutte ....5 points

Le liquide articulaire est stérile, il contient 8 000 éléments nucléés dont 85 % de polynucléaires.

Question 3
18 points

Voici l'aspect en lumière polarisée, du liquide articulaire que montre-t-il ? Quel est le procédé biochimique pour confirmer la nature de ce que l'on observe ?

- L'examen en polarisation montre des cristaux longs, à bouts pointus fortement biréfringents ....8 points
- il s'agit de cristaux d'urate ....5 points
- solubles par l'uricase ....5 points

Question 4
33 points

Quelle attitude thérapeutique allez-vous adopter ?

Traitement de la crise

- L'infiltration intra-articulaire de corticoïdes, peut être le moyen le plus efficace est le plus rapide de guérir le malade ....6 points
- En attendant le résultat de l'analyse du liquide synovial, on peut soit administrer un AINS..5 points
- soit donner de la colchicine (4 mg/j, 2 j ; 2 mg/j, 2 j ; puis 1 mg/j 6 à 7 j) ....6 points

Traitement de fond

- Ce patient a présenté 3 crises en un an, il doit donc être traité ....4 points
- Le traitement de fond (allopurinol : 200 à 300 mg/j) ....5 points
- doit être débuté 15 jours au moins après la guérison de la crise ....3 points
- sous couvert soit d'AINS, soit de colchicine (1 mg/j) jusqu'à normalisation de l'acide urique ....4 points

COMMENTAIRES

Il s'agit tout d'abord du diagnostic étiologique d'une monoarthrite du genou, diagnostic évoquant, selon l'anamnèse un rhumatisme psoriasique ou une crise de goutte.

Le liquide articulaire contient en fait des cristaux d'urates : aiguilles allongées biréfringentes souvent trans-cellulaires.

Les traitements de l'arthrite goutteuse sont : infiltration, AINS ou colchicine.

Le traitement de fond de la goutte repose sur l'allopurinol, qu'il faut débuter à distance de la crise.

Dossier 18

M. G., 77 ans, présente depuis 4 mois des fessalgies et des douleurs des hanches. Il s'agissait, au début, de douleurs modérées de fin de journée. Il est maintenant réveillé la nuit et l'association paracétamol + codéine ne le soulage plus. L'examen clinique objective une raideur lombaire modérée, une douleur à la pression des ailes iliaques, du sacrum. Les articulations coxo-fémorales ne sont pas limitées. L'examen neurologique des membres inférieurs est normal, de même, l'auscultation cardio-pulmonaire, la palpation abdominale, la recherche d'adénopathies.
Ce malade est hypertendu, traité par IEC. Il dit qu'on lui a « enlevé la prostate par voie naturelle », il y a 5 ans. Vous prescrivez un prélèvement sanguin et une radiographie du bassin.
VS : 15, CRP 4, créatininémie 65 µmol/l, TGO, TGP, γ-GT normales, phosphatases alcalines 450 UI (N < 120)

TSVP

Question 1 Décrivez les anomalies radiologiques ?



Question 2 Quelle donnée de l'examen clinique manque ? Pourquoi ?

Question 3 Pourquoi les phosphatases alcalines sont-elles augmentées ? De quels organes proviennent ces enzymes ?

Question 4 Quels diagnostics différentiels peut-on évoquer sur l'aspect radiologique ?

Question 5 Quels autres examens complémentaires allez-vous demander ? Pourquoi ?

Question 6 Quel traitement envisager ?

Question 7 Quelle sera l'évolution ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Décrivez les anomalies radiologiques ?

- La radiographie du bassin de face montre des lésions condensantes....................6 points
- irrégulières sur le sacrum....................3 points
- le bassin, les branches pubiennes, les diaphyses fémorales....................6 points

Question 2
16 points

Quelle donnée de l'examen clinique manque ? Pourquoi ?

- Compte tenu de la fréquence du cancer prostatique et de son caractère ostéophile ....5 points
- le toucher rectal est obligatoire pour tout homme de plus de 50 ans présentant des douleurs lombo-sacrées.............7 points
- La résection endoscopique de l'adénome laisse en place du tissu prostatique sur lequel un cancer peut se développer.........4 points

Question 3
20 points

Pourquoi les phosphatases alcalines sont-elles augmentées ?

- Les métastases osseuses du cancer prostatique sont le plus souvent condensantes : ....4 points
  - o il existe donc une activité ostéoblastique augmentée.....4 points
  - o avec synthèse accrue de phosphatase alcaline d'origine osseuse....................4 points

De quels organes proviennent ces enzymes ?

- La phosphatase alcaline est aussi synthétisée par le foie...4 points
- et augmentée en cas de cholestase....................2 points
- et par l'intestin (10 %)....................2 points

Question 4
10 points

Quels diagnostics différentiels peut-on évoquer sur l'aspect radiologique ?

- Maladie de Paget....................6 points
- Myélome condensant ....2 points
- Lymphome ....2 points

Question 5
25 points

Quels autres examens complémentaires allez-vous demander ? Pourquoi ?

- Scintigraphie osseuse afin de réaliser la « cartographie » des métastases osseuses ....5 points
- dosage du PSA pratiquement toujours très élevé en cas de cancer prostatique métastatique ....10 points
- échographie prostatique + biopsie pour prouver le cancer et obtenir une classification anatomo-pathologique ....6 points
- Radiographie thoracique ....2 points
- et échographie hépatique afin de chercher les métastases extra-osseuses ....2 points

Question 6
9 points

Quel traitement envisager ?

Hormonothérapie :

- soit castration chirurgicale (pulpectomie) compte tenu de l'âge ....2 points
- soit analogues du LHRH ....4 points
- ± anti-androgènes périphériques ....3 points

Question 7
5 points

Quelle sera l'évolution ?

- Si le cancer est hormonosensible, une survie de plusieurs années est possible ....5 points

COMMENTAIRES

Il s'agit, dans ce cas clinique de métastases osseuses condensantes d'un cancer de la prostate.

Il faut en décrire l'aspect radiologique, le mécanisme physiopathologique. Il faut retenir l'intérêt du toucher rectal dans l'examen clinique, des PSA dans les examens complémentaires. Le cancer de la prostate peut survenir même si le malade a bénéficié, auparavant, d'une résection endoscopique, car du tissu prostatique subsiste. Le principal diagnostic différentiel des métastases de cancer prostatique est la maladie de Paget. Le traitement est basé sur l'hormonothérapie, supprimant les androgènes et la survie peut être prolongée malgré les métastases.

Dossier 19

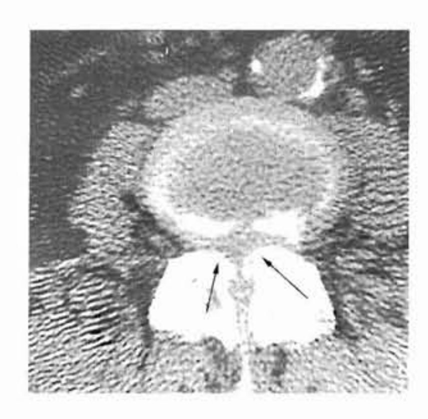
M G., 78 ans, consulte pour des douleurs des 2 mollets survenant à la marche et l'obligeant à s'asseoir après 500 à 600 m. À gauche, ses douleurs montent jusque dans la cuisse et dans la fesse. Le trajet de la douleur lui rappelle une méchante sciatique qui l'avait cloué au lit, il y a 30 ans, pendant un mois. Mais les douleurs étaient permanentes alors que, maintenant, il ne souffre que lorsqu'il sort de chez lui.
Il s'agit d'un ancien fumeur ayant bénéficié, il y a 3 ans d'un double pontage coronarien.
À l'examen, vous notez une raideur lombaire assez nette, une abolition des 2 achilléens alors que les pouls tibiaux postérieurs sont mal perçus.

TSVP

Question 1 Quels sont les 2 diagnostics à évoquer pour expliquer les douleurs de ce malade ?

Question 2 Quels examens complémentaires allez-vous demander dans un premier temps ?

Question 3 Que montre l'examen tomodensitométrique ? Quels autres examens d'imagerie peuvent aider au diagnostic et à la décision thérapeutique ?



Question 4 Quelle est l'affection que mettent en évidence les radiographies du rachis dorsal de face ? Quelles en sont les particularités radiologiques ? Quels sont les rapports entre cette maladie et l'affection dont souffre le patient ? Quelle autre affection peut occasionner cette atteinte rachidienne ?



Question 5 Quels traitements peut-on envisager ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quels sont les 2 diagnostics à évoquer pour expliquer les douleurs de ce malade ?

- Il s'agit d'une claudication intermittente des membres inférieurs à l'effort ....6 points
- qui peut être d'origine vasculaire (artériopathie oblitérant des membres inférieurs) ....7 points
- ou neurologique (canal lombaire étroit [CLE]) ....7 points
(Le CLE occasionne des sciatalgies d'effort souvent bilatérales, avec parfois sensation de faiblesse musculaire associée.)

Question 2
24 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander dans un premier temps ?

- Il faut effectuer une électromyographie (EMG) ....4 points
- pour chercher une souffrance pluriradiculaire chronique dans le cadre du CLE ....5 points
- et un doppler artériel des membres inférieurs ....4 points
- éventuellement une épreuve sur tapis roulant dans le cadre de l'artérite ....4 points
- Les radiographies du rachis lombaire peuvent montrer des signes indirects de CLE : ....5 points
  - o sagittalisation des articulaires postérieures de face ....1 point
  - o brièveté des pédicules, de profil ....1 point

Question 3
18 points

Que montre l'examen tomodensitométrique ?

- Le scanner montre un canal lombaire étroit ....6 points
- Dans ce cas les causes de CLE sont multifactorielles, comme c'est souvent le cas : ....NC
  - o diminution du diamètre antéropostérieur par brièveté constitutionnelle des pédicules vertébraux ..1 point
  - o et hypertrophie des articulaires postérieures par arthrose ou hyperostose ....1 point

Quels autres examens d'imagerie peuvent aider au diagnostic et à la décision thérapeutique ?

- Pour définir le CLE, le scanner permet la mesure du diamètre antéropostérieur (inférieur alors à 1 cm) ....2 points
- ou mieux de la surface occupée par le cul-de-sac méningé, réduite en cas de CLE ....2 points
- La sacco-radiculographie peut montrer un aspect de CL en chapelet. Elle n'est actuellement réalisée que lorsqu'il existe des lysthésis vertébraux, car elle permet des clichés debout ....2 points
- L'IRM est utile, en préopératoire pour définir l'étendue en hauteur du rétrécissement canalaire ....4 points

Question 4
20 points

Quelle est l'affection que mettent en évidence les radiographies du rachis dorsal de face ?

- Il s'agit d'une hyperostose vertébrale engainante (maladie de Forestier) ....5 points
- définie par la présence de 3 ponts successifs, à droite de la charnière dorsolombaire ....5 points

Quelles en sont les particularités radiologiques ?

- Ce sont des ossifications des ligaments latéro-vertébraux et non des ostéophytes, d'ailleurs contrairement à l'arthrose, les disques intervertébraux sont intacts ....2 points

Quels sont les rapports entre cette maladie et l'affection dont souffre le patient ?

- Cette affection pauci-symptomatique, en dehors d'une raideur rachidienne, est responsable de plus de 50 % des CLE.....5 points

Quelle autre affection peut occasionner cette atteinte rachidienne ?

- Dans l'hyperostose, le CLE est souvent associé à un canal cervical étroit pouvant occasionner un syndrome pyramidal et/ou cordonnal postérieur qu'il faudra chercher..............3 points

Question 5
18 points

Quels traitements peut-on envisager ?

- L'infiltration de corticoïdes par voie intrathécale (méthode de Lucchérini) améliore dans plus de 50 % des cas l'état des patients et peut être réitéré une fois par an........5 points
- On conseille de plus le port d'un corset lombaire.............3 points
- En cas d'échec ou de paraparésie, la laminectomie chirurgicale..7 points
- avec ou sans stabilisation est indiquée..............................3 points

COMMENTAIRES

Des douleurs des membres inférieurs survenant à la marche évoquent une claudication artérielle par artériopathie des membres inférieurs ou une claudication radiculaire secondaire à un canal lombaire étroit.

Le canal lombaire étroit est souvent de cause mixte : brièveté constitutionnelle des pédicules et arthrose des articulaires postérieures ou ossifications ligamentaires dans le cadre d'une hyperostose vertébrale engainante.

Avant d'envisager le traitement chirurgical, des infiltrations intrarachidiennes (bien qu'il n'existe aucune étude contrôlée le démontrant) peuvent améliorer l'état du malade.

Dossier 20

Mme F., 62 ans, est fatiguée, déprimée depuis 6 mois. Elle a perdu 3 kg en raison de nausées et d'une perte de l'appétit. L'examen clinique est cependant normal.
Elle a comme antécédents : une colopathie fonctionnelle, une cervicarthrose et des troubles circulatoires veineux des membres inférieurs.
Le bilan biologique demandé devant cette asthénie est le suivant VS 10, CRP : < 7, NFS normale, TGO, TGP : normales, TSH : normale, calcémie : 2,75 mmol/l, créatininémie 70 µmol/l.

Question 1 Quelles sont les 2 grandes causes d'hypercalcémie ?

Question 2 Par quels mécanismes entraînent-elles une hypercalcémie ?

Question 3 Quels sont les 2 examens biologiques qui vont permettre de différencier ces 2 groupes étiologiques ?

Question 4 Quels autres examens complémentaires doit-on réaliser, pour être plus exhaustif, afin d'éliminer les causes plus rares ?

Question 5 Quel examen complémentaire doit être réalisé pour chercher d'éventuelles complications de l'hypercalcémie ? Que peut-il montrer ?

Question 6 Si cet examen est normal, doit-on traiter symptomatiquement l'hypercalcémie de cette malade ?

Question 7 De quoi dépend la gravité de l'hypercalcémie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
13 points

Quelles sont les 2 grandes causes d'hypercalcémie ?

- Hyperparathyroïdie (HPT) primitive ..... 5 points
- cancers ..... 5 points
- ou myélome ..... 3 points

Question 2
20 points

Par quels mécanismes entraînent-elles une hypercalcémie ?

- Dans l'HPT, c'est la PTH sécrétée en excès qui provoque l'hypercalcémie ..... 2 points
  - En effet, la PTH a une action hypercalcémiante en augmentant la résorption osseuse ..... 3 points
  - en augmentant la réabsorption tubulaire rénale du calcium ..... 3 points
  - et augmentant son absorption digestive par l'intermédiaire du 1-25-OH-D3, dont elle favorise l'hydroxylation ..... 3 points
- Lors de maladies néoplasiques, l'hypercalcémie peut résulter de libération de calcium par des métastases osseuses lytiques ..... 3 points
  - ou de sécrétions de cytokines entraînant indirectement une hyperrésorption osseuse (IL6, TNF-α, système rank/rankl) ..... 3 points
  - Enfin, les cellules tumorales sécrètent parfois du PTH-rp, qui a une action biologique proche de la PTH et entraîne, par les mêmes mécanismes que la PTH, une hypercalcémie ..... 3 points

Question 3
21 points

Quels sont les 2 examens biologiques qui vont permettre de différencier ces 2 groupes étiologiques ?

- Phosphorémie ..... 4 points
- et dosage de la PTH intacte : ..... 7 points
  - dans l'HPT, la phosphorémie est abaissée dans 85 % des cas, et la PTH augmentée et inadaptée à la calcémie ..... 5 points
  - Lors de cancers, la phosphorémie est normale ou élevée (excepté en cas de sécrétion de PTH-rp) et la PTH est basse dans tous les cas ..... 5 points

Question 4
14 points

Quels autres examens complémentaires doit-on réaliser, pour être plus exhaustif, afin d'éliminer les causes plus rares ?

- Radiographie thoracique..2 points
- et dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine....2 points
  - o pour éliminer une sarcoïdose ....3 points
- dosage du 1-25-OH-D3 :..3 points
  - o augmenté en cas maladie granulomateuse
    ou de lymphopathie à l'origine de l'hypercalcémie ....2 points
- Scintigraphie osseuse pour chercher des métastases ....2 points

(Le dosage de la TSH était normal chez cette malade.)

Question 5
13 points

Quel examen complémentaire doit être réalisé pour chercher d'éventuelles complications de l'hypercalcémie ?

- ECG...6 points

Que peut-il montrer ?

- Dans un premier temps cet examen peut montrer
  un raccourcissement de l'espace QT ....3 points
- ensuite divers troubles du rythme ou de la conduction
  peuvent être objectivés : BAV, ESA, ESV ....4 points

Question 6
7 points

Si cet examen est normal, doit-on traiter symptomatiquement l'hypercalcémie de cette malade ?

- Non, s'il n'existe pas de susceptibilité particulière du malade,
  l'hypercalcémie ne doit être traitée
  que lorsqu'elle est supérieure à 3 mmol/l.........................7 points

Question 7
12 points

De quoi dépend la gravité de l'hypercalcémie ?

- L'importance de l'hypercalcémie..4 points
- la rapidité de son augmentation...4 points
- la susceptibilité du malade (antécédents cardiaques,
  neurologiques)..4 points

COMMENTAIRES

L'hypércalcémie, comme c'est le cas chez cette malade, est le plus souvent découverte devant des signes cliniques peu spécifiques : asthénie notamment. Elle ne doit être traitée que lorsqu'elle est supérieure à 3 mmol/l ou qu'elle occasionne des signes cliniques nets.

Hyperparathyroïdie (HPT) et cancers ou myélome représente 90 % des causes d'hypercalcémies. Dans l'HPT, l'hypercalcémie résulte de la sécrétion exagérée de PTH qui provoque hyperrésorption osseuse et réabsorption tubulaire du calcium. Lors de cancers, l'hypercalcémie résulte de métastases lytiques ou de la sécrétion, par les cellules cancéreuses, de cytokines stimulant la résorption ostéoclastique ou reproduisant l'action de la PTH (PTH-rp).

L'HPT se caractérise biologiquement par une hypophosphorémie (80 % des cas) et une PTH augmentée ou inadaptée à la calcémie ionisée. Dans les maladies cancéreuses, la phosphorémie est normale ou augmentée, la PTH basse.

Dossier 21

M. Y, 50 ans, consulte pour des douleurs des doigts et des orteils. Il a actuellement des douleurs prédominant sur le majeur gauche qui est globalement tuméfié, de la phalange distale jusqu'à la base de l'articulation métacarpien-phalangienne. La flexion de ce gros doigt est douloureuse et limitée.
Il décrit, depuis 5 à 6 ans environ, des poussées douloureuses des orteils, tuméfiés eux aussi lors des crises. Le médecin qui le suivait alors avait évoqué une goutte, car l'uricémie était augmentée, mais M. Y. avait remarqué que le naproxène le soulageait plus que la colchicine.
Il rapporte aussi des douleurs des articulations sterno-claviculaires avec gonflement, évoluant par crises.
La VS est à 20, la CRP à 12, recherche d'anticorps antinucléaires, de facteurs rhumatoïdes : négative, uricémie : 350 mmol/l.

TSVP

Question 1 Quel est le terme qui caractérise l'aspect de son majeur ? Quelles sont les étiologies les plus fréquentes de cette entité rhumatologique ? À quelles lésions anatomiques cela correspond-il ?

Question 2 Au vu des lésions dermatologiques du genou, quel diagnostic évoquez-vous ? Quelles sont les lésions anatomo-pathologiques qui correspondent à cette affection ?



Question 3 À partir des radiographies des avant-pieds de ce malade, décrivez les lésions radiographiques périphériques caractérisant ce rhumatisme.



Question 4 Quelles autres formes peut revêtir ce rhumatisme ?

Question 5 Quels en sont les principaux traitements de fond ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
21 points

Quel est le terme qui caractérise l'aspect de son majeur ? Quelles sont les étiologies les plus fréquentes de cette entité rhumatologique ?

- Il s'agit d'un doigt en « saucisse » ....7 points
- que l'on rencontre pour le rhumatisme psoriasique............3 points
- et les arthrites réactionnelles ....3 points

À quelles lésions anatomiques cela correspond-il ?

- Cela correspond à une inflammation des enthèses phalangiennes ....4 points
- À ces enthésites peuvent s'associer de véritables arthrites...2 points
- et des ténosynovites des fléchisseurs des doigts.................2 points

Question 2
20 points

Au vu des lésions dermatologiques du genou, quel diagnostic évoquez-vous ?

- Il s'agit de lésions psoriasiques ....7 points
- caractérisés par des plaques érythémato-squameuses ....3 points

Quelles sont les lésions anatomo-pathologiques qui correspondent à cette affection ?

- L'épiderme est épaissi avec parakératose sèche ....3 points
- contenant des microabcès à polynucléaires ....3 points
- On trouve une papillomatose ....2 points
- des capillaires dilatés et un infiltrat inflammatoire de polynucléaires et lymphocytes......................................2 points

Question 3
20 points

À partir des radiographies des avant-pieds de ce malade, décrivez les lésions radiographiques périphériques caractérisant ce rhumatisme.

- Les lésions radiologiques périphériques se caractérisent par :
  - o un aspect de pseudo-élargissement de l'interligne ....2 points
  - o un aspect grignoté, en « crayon taillé » de la tête des métatarsiens avec aspect cupuliforme de la base des phalanges ....2 points
  - o des réactions de reconstruction avec ostéophytose exubérante juxta-articulaire...3 points
  - o des ankyloses des interphalangiennes............................3 points
  - o des lésions de périostite en spicule................................2 points
  - o des ostéolyses des dernières phalanges.........................3 points
- Ces lésions concernent préférentiellement les interphalangiennes distales..3 points
- Associées, elles constituent les critères radiologiques d'Avila du rhumatisme psoriasique..2 points

Question 4
20 points

Quelles autres formes ce rhumatisme peut revêtir ?

- Le rhumatisme psoriasique peut aussi se présenter sous une forme axiale ....4 points
- qui ressemble cliniquement et radiologiquement à la SPA avec syndesmophytose ....5 points
- souvent plus exubérante ....2 points
  o (ponts de Bywater)...1 point
- atteinte des sacro-iliaques..4 points
- et du plastron sternal..2 points
  (Formes périphériques et axiales s'associent souvent.)
- Le rhumatisme psoriasique peut aussi se présenter dans sa forme enthésalgique ....2 points

Question 5
20 points

Quels en sont les principaux traitements de fond ?

- En première intention, sont utilisés :
  - o la sulfasalazine..6 points
  - o les sels d'or..2 points
- En première ou deuxième ligne, le méthotrexate ....7 points
- En troisième ligne thérapeutique, la cyclosporine ....2 points
- est actuellement remplacée par les anti-TNF ....3 points

COMMENTAIRES

Le principal diagnostic différentiel de l'orteil en « saucisse » du rhumatisme psoriasique (RP) est la crise de goutte, plus brutale et plus violente, d'autant que l'uricémie est souvent augmentée chez le psoriasique.

Les lésions radiologiques périphériques du RP se caractérisent par :

a. un aspect de pseudo-élargissement de l'interligne,
b. un aspect grignoté, en « crayon taillé » de la tête des métatarsiens, avec aspect cupuliforme de la base des phalanges,
c. des réactions de reconstruction avec ostéophytose exubérante juxta-articulaire,
d. des ankyloses des interphalangiennes,
e. des lésions de périostite en spicule,
f. des ostéolyses des dernières phalanges.

Le rhumatisme psoriasique peut aussi se présenter sous une forme axiale, qui ressemble cliniquement et radiologiquement à la SPA avec syndesmophytose souvent plus exubérante.

Dossier 22

Mme L., 38 ans, souffre de douleurs articulaires depuis un mois, touchant les épaules, les poignets, le genou droit et la cheville gauche. Elle consulte, car, depuis 3 nuits, elle a des douleurs des doigts et un gonflement de certaines interphalangiennes proximales (IPP). L'enraidissement des mains nécessite un dérouillage matinal de 3/4 d'heure. Elle est modérément asthénique et apyrétique.
L'examen clinique objective de nombreuses micro-adénopathies axillaires et cervicales, des arthrites des 2e et 3e IPP et MCP droites et gauches, des 2 poignets.
Elle ne signale aucun antécédent, en dehors d'une rhinite allergique printanière, elle a 2 enfants de 5 et 8 ans et prend une contraception œstro-progestative.
Vous évoquez le diagnostic de rhumatisme inflammatoire.

Question 1 Quels arguments anamnestiques et cliniques devez-vous chercher systématiquement ? Citez-les et indiquez l'orientation étiologique qu'ils suggèrent.

Question 2 En l'absence de ces arguments, quelle est la première hypothèse diagnostique à évoquer ? Pourquoi ? Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

Ces examens complémentaires sont tous négatifs. Un nouvel interrogatoire vous apprend que le fils de Mme L. a eu, il y a 2 mois une maladie éruptive pour laquelle on a évoqué un mégalérythème et, Mme L. présente une discrète éruption maculaire des avant-bras.

Question 3 Quel diagnostic évoquez-vous alors ? Quels examens complémentaires faut-il alors effectuer ?

Question 4 Quelle sera l'évolution ?

GRILLE DE CORRECTION

Vous évoquez le diagnostic de rhumatisme inflammatoire.

Question 1
24 points

Quels arguments anamnestiques et cliniques devez-vous chercher systématiquement ? Citez-les et indiquez l'orientation étiologique qu'ils suggèrent.

- Chercher des éléments en faveur d'un spondylarthropathie : ...NC
  - o signes digestifs tels que ....NC
    - diarrhée ....1 point
    - glaires ....1 point
    - rectorragies....1 point
  - o signes génitaux tels que ....NC
    - vaginite ....1 point
    - cervicite ....1 point
  - o signes oculaires tels que ....NC
    - conjonctivite....2 points
    - uvéite ....1 point
- Chercher un psoriasis ....2 points
- Chercher des éléments en faveur d'une connectivite tels que ...NC
  - o érythème malaire ....2 points
  - o urticaire au soleil en faveur d'un LEAD ....2 points
  - o xérophtalmie ....1 point
  - o xerostomie en faveur d'une maladie de Gougerot....1 point
- Chercher des signes respiratoires tels que ....NC
  - o toux, dyspnée en faveur d'une sarcoïdose....2 points
  - o des signes ORL, tels que aggravation de la rhinite, sinusite, en faveur d'une granulomatose de Wegener....2 points
  - o des signes neuromusculaires tels que....NC
    - myalgies....1 point
    - neuropathie ....1 point
    - une vascularite cutanée ....1 point
    - un syndrome de Raynaud en faveur d'une vascularite....1 point

Question 2
35 points

En l'absence de ces arguments, quelle est la première hypothèse diagnostique à évoquer ? Pourquoi ?

- Une polyarthrite rhumatoïde (PR) ....4 points
- car c'est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent ....1 point
- distal ....1 point
- symétrique...1 point
- dont le terrain de prédilection est la femme de la quarantaine ....1 point

Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

- Radiographies des 2 mains et poignets de face.................2 points
- des 2 avant-pieds de face..2 points
- du bassin et des sacro-iliaques en compression ....1 point
- des 2 épaules de face...1 point
- des 2 genoux face et profil..1 point
- des 2 chevilles de face..1 point
- radiographie du thorax ....1 point
- enzyme de conversion de l'angiotensine ....1 point
- NFS ....1 point
- VS ....3 points
- CRP...2 points
- TGO, TGP...1 point
- créatininémie..1 point
- recherche de protéinurie par labstix....................................1 point
- ACAN..2 points
- facteurs rhumatoïdes ....2 points
- anticorps antiprotéines citrullinées ....1 point
- prélèvement vaginal à la recherche de chlamydiae ....1 point
- s'il n'existe aucun autre signe d'appel clinique ....2 points

Ces examens complémentaires sont tous négatifs. Un nouvel interrogatoire vous apprend que le fils de Mme L. a eu, il y a 2 mois une maladie éruptive pour laquelle on a évoqué un mégalérythème et, Mme L. présente une discrète éruption maculaire des avant-bras.

Question 3
27 points

Quel diagnostic évoquez-vous alors ?

- Le parvovirus B19 est responsable du mégalérythème de l'enfant ....5 points
- L'infection, chez l'adulte, occasionne dans plus de la moitié des cas une atteinte articulaire (arthralgies parfois arthrites) ....6 points

Quels examens complémentaires faut-il alors effectuer ?

- Il faut effectuer une sérologie parvovirus ....5 points
- et des IGM seront mis en évidence en cas d'infection récente ....3 points
- Si cette patiente n'a pas eu la rubéole, cette maladie, qui peut aussi provoquer une atteinte articulaire, doit être cherchée par sérologie ....3 points
- car l'éruption de la rubéole peut être proche de celle de la parvovirose ....5 points

Question 4
14 points

Quelle sera l'évolution ?

- L'évolution sera favorable ....6 points
- en 1 à 2 mois ....3 points
- mais, dans certains cas, l'arthropathie peut durer près d'un an ....3 points
- et sur certains terrains génétiques peut inaugurer la survenue d'une authentique PR ....2 points

COMMENTAIRES

Les signes extra-articulaires permettent souvent d'étiqueter un rhumatisme inflammatoire débutant : psoriasis cutané, masque lupique, syndrome de Raynaud, syndrome sec, signes digestifs, urogénitaux, ophtalmologiques en faveur d'une arthrite réactionnelle, etc.

La PR reste cependant le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent, ce d'autant qu'il s'agit d'une femme de la quarantaine.

Les arthropathies virales sont relativement fréquentes (rubéole, parvovirose) et évoluent spontanément vers la guérison en quelques mois.

Dossier 23

Mme J., 75 ans, consulte pour des cervico-scapulalgies bilatérales évoluant depuis 1 mois. Les douleurs sont particulièrement présentes, la nuit, empêchant le sommeil et la malade décrit un enraidissement matinal de 1 h. Depuis 10 jours, elle signale, en outre, des lombalgies basses avec irradiations fessières. Elle est fatiguée et a maigri de 4 kg depuis le début de ses douleurs.
Cette malade a eu une néoplasie mammaire, il y a 10 ans, traitée par chirurgie, radiothérapie et tamoxifène pendant 5 ans. Elle n'est plus suivie pour cela depuis 3 ans.
L'examen clinique objective une raideur des 2 épaules, avec douleurs à la pression de masses musculaires des bras. La palpation abdominale objective une probable splénomégalie.
La VS est à 8, la CRP à 45, les résultats de la NFS sont les suivants : GB 13 000/mm^3, polynucléaires : 75 %, basophiles : 0 %, éosinophiles 2 %, lymphocytes : 33 %, GR : 5,5 millions/mm^3, HB : 18 g/l, HT 52 %, plaquettes : 450 000.

Question 1 Quel diagnostic évoquez-vous sur le plan rhumatologique ? Pourquoi la VS est-elle normale ?

Question 2 Quels autres examens complémentaires seront nécessaires au diagnostic de l'affection hématologique ? Quels en seront les résultats probables dans ce cas ? Pourquoi ?

Question 3 Quels peuvent être les traitements de cette maladie hématologique ?

Question 4 Pourquoi doit-on éliminer une récidive de la néoplasie mammaire ? Comment ?

Question 5 Si l'affection rhumatologique est primitive, quel en sera le traitement ?

Question 6 Citez les principales complications de la corticothérapie au long cours.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Quel diagnostic évoquez-vous sur le plan rhumatologique ? Pourquoi la VS est-elle normale ?

- La symptomatologie clinique évoque une pseudo-polyarthrite rhizomélique ....5 points
- La VS est faussement abaissée par la polyglobulie ....5 points

Question 2
28 points

Quels autres examens complémentaires seront nécessaires au diagnostic de l'affection hématologique ? Quels en seront les résultats probables dans ce cas ? Pourquoi ?

- Confirmation d'une vraie polyglobulie par mesure de la volémie sanguine au chrome 51 ....4 points
  - o avec calcul du volume globulaire total ....1 point
  - o dans ce cas supérieur à 32 ml/kg ....2 points
- Gazométrie ....1 point
  - o pour écarter une polyglobulie secondaire à l'hypoxie (SAO2 > 92 %) ....1 point
- dosages des PAL leucocytaires ....2 points
  - o > 100, si maladie de Vaquez ....1 point
- Vitamine B12 ....2 points
  - o > 900 mg/l ....1 point
  - o si maladie de Vaquez ....1 point
  - o ce qui est probable compte tenu de la splénomégalie ...2 points
  - o de la polynucléose ....2 points
  - o et de la thrombocytose ....2 points
- La splénomégalie peut être confirmée par échographie .....1 point
- L'érythropoïétine peut éventuellement être dosée pour éliminer une polyglobulie secondaire ....2 points
- Une BOM peut être pratiquée ....2 points
- L'uricémie sera dosée ....1 point

Question 3
23 points

Quels peuvent être les traitements de cette maladie hématologique ?

- Le traitement est basé sur les antimétaboliques : ....6 points
  - o hydroxyurée ....4 points
  - o ou pipobroman ....4 points
- Les saignées sont indiquées ....3 points
- en traitement d'attaque ....3 points
- L'allopurinol peut être prescrit pour limiter l'hyperuricémie. 1 point
- l'aspirine à faibles doses pour prévenir les accidents vasculaires ....2 points

Question 4
16 points

Pourquoi doit-on éliminer une récidive de la néoplasie mammaire ?

- La PPR peut être paranéoplasique.....5 points

Comment ?

- Soit en dosant le CA 15-3 .....5 points
- soit en effectuant un cliché thoracique .....2 points
- une scintigraphie osseuse .....2 points
- l'échographie hépatique complétant l'échographie splénique .....2 points

Question 5
9 points

Si l'affection rhumatologique est primitive, quel en sera le traitement ?

- Corticothérapie à 1/2 mg/kg/j en dose d'attaque, puis réduction progressive .....6 points
- après le premier mois de traitement à la dose initiale, la décroissance de la corticothérapie générale se fait par paliers successifs, d'une durée habituelle de 15 jours : paliers de 5 mg entre 30 et 20 mg/j, paliers de 2,5 mg entre 20 et 10 mg/j, paliers de 1 mg en dessous de 10 mg/j .....3 points

Question 6
14 points

Citez les principales complications de la corticothérapie au long cours.

- HTA.....2 points
- Infections .....2 points
- Ostéoporose.....2 points
- Diabète.....2 points
- Insuffisance surrénalienne.....1 point
- Glaucome .....1 point
- Cataracte .....1 point
- Complications cutanées.....1 point
- Hypokaliémie .....1 point
- Myopathie.....1 point

COMMENTAIRES

Ce cas clinique est éminemment transversal. Il fait appel aux connaissances concernant la pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR), son diagnostic, son traitement, ses liens avec un syndrome paranéoplasique. Ce malade a de plus une polyglobulie, faussant la VS, qu'il convient d'explorer. Enfin, les complications de la corticothérapie, administrée pour la PPR, doivent être connues.

Dossier 24

M. G., 50 ans, consulte, pour des douleurs de la cuisse droite évoluant depuis 10 jours. Il est tombé assez violemment, il y a 15 jours, d'une chaise. Il a eu le lendemain, un hématome en regard du grand trochanter gauche, mais les douleurs, localisées à ce moment-là, à ce niveau et au rachis lombaire, ont disparu en 2 jours. Les douleurs sont réapparues ensuite et concernent maintenant l'aine et la face antérieure de la cuisse. Elles sont permanentes, mais exacerbées par la mise en charge et la marche.
Il s'agit d'un lombalgique chronique, obèse, hypertendu, traité par inhibiteur calcique. Il présente une hypertrigycéridémie pour laquelle il devrait suivre un régime qu'il ne fait pas.

Question 1 Quels sont les 2 diagnostics que vous pouvez évoquer, en priorité, sur le seul interrogatoire, pourquoi ?

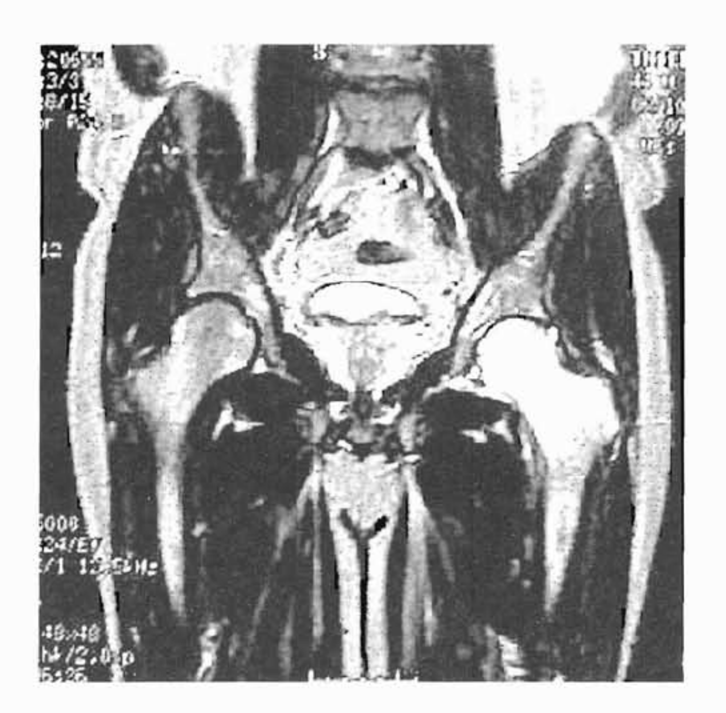
Question 2 Quels sont les arguments de votre examen clinique en faveur respectivement de l'un et l'autre de ces diagnostics ?

TSVP

Les radiographies du bassin de face sont normales, les radiographies de la colonne lombaire montrent une discopathie L5-S1, les radios actuelles sont identiques aux clichés de l'an passé. Vous demandez alors une IRM

Question 3 Décrivez les anomalies objectivées sur les séquences T1 et T2.





Question 4 Quel diagnostic retenez-vous alors ?

Question 5 Chez ce patient, quels peuvent être les facteurs favorisant cette affection ? De façon générale, quelles sont les étiologies de cette maladie, lorsqu'elle concerne la hanche ?

Question 6 Quel autre examen complémentaire aurait-on pu réaliser ? Qu'aurait-il montré dans ce cas ?

Question 7 Énoncez vos propositions thérapeutiques.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
12 points

Quels sont les 2 diagnostics que vous pouvez évoquer, en priorité, sur le seul interrogatoire, pourquoi ?

> Le siège des douleurs évoque :
> - un syndrome de coxopathie (les douleurs secondaires à une affection de hanche concernent le plus souvent l'aine et irradient à la face antérieure de la cuisse) .... 6 points
> - une cruralgie ou radiculite L3 (la compression de cette racine entraîne des douleurs de la face antérieure de la cuisse) .. 6 points

Question 2
14 points

Quels sont les arguments de votre examen clinique en faveur respectivement de l'un et l'autre de ces diagnostics ?

> - En faveur d'une coxopathie : limitation et douleurs provoquées par la mobilisation de la coxo-fémorale (flexion, extension, rotations interne et externe, abduction et adduction). L'amplitude de ces mouvements est relevée et comparée au côté sain .... 7 points
> - En faveur d'une cruralgie : hypo-esthésie de la face antérieure de la cuisse, diminution ou abolition du réflexe rotulien, diminution de la force musculaire du quadriceps, syndrome rachidien .... 7 points

Les radiographies du bassin de face sont normales, les radiographies de la colonne lombaire montrent une discopathie L5-S1, les radios actuelles sont identiques aux clichés de l'an passé. Vous demandez alors une IRM.

Question 3
8 points

Décrivez les anomalies objectivées sur les séquences T1 et T2.

> - Hyposignal diffus en T1 et hypersignal diffus en T2 de l'extrémité supérieure du fémur droit .... 8 points

Question 4
8 points

Quel diagnostic retenez-vous alors ?

> - Algodystrophie sympathique réflexe de hanche .... 8 points

Question 5
9 points

Chez ce patient, quels peuvent être les facteurs favorisant cette affection ?

> - Traumatisme .... 5 points
> - Hypertriglycéridémie .... 4 points

Question 6
31 points

De façon générale, quelles sont les étiologies de cette maladie, lorsqu'elle concerne la hanche ?

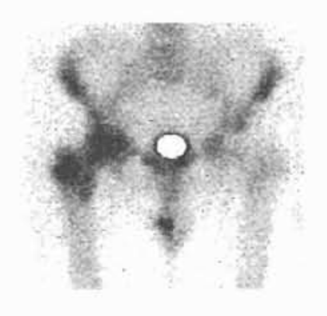
- Ostéoporose .... 6 points
- Hyperuricémie .... 2 points
- Séquelles de phlébite .... 3 points
- Barbituriques .... 3 points
- INH .... 3 points

Quel autre examen complémentaire aurait-on pu réaliser ?

- Scintigraphie osseuse au pyrophosphate de technétium 99 m .... 7 points

Qu'aurait-il montré dans ce cas ?

- Hyperfixation diffuse de l'extrémité supérieure du fémur .. 7 points



Question 7
18 points

Énoncez vos propositions thérapeutiques.

- Mise en décharge partielle de l'articulation : 15 j .... 6 points
- Antalgiques : paracétamol 1 g/3 fois/j ; si insuffisant, dextropropoxyfène (2 gel/3 fois/j) ou paracétamol + codéine (2 cp/3 fois/j) ou paracétamol (500 mg) + tramadol (35 mg) (1 gel, toutes les 4 h) .... 6 points
- Calcitonines : calcitonines salmines (80 à 100 UI/j) ou calcitonine de synthèse humaine (0,5 mg/j, pendant 15 j). Injection le soir au coucher. Remplacer le solvant par une ampoule de métoclopramide .... 6 points

COMMENTAIRES

Cette observation souligne dans un premier temps la difficulté du diagnostic, devant une douleur de cuisse, entre cruralgie et coxopathie : lors d'une coxopathie les mouvements de la coxo-fémorale sont douloureux, dans la cruralgie existent le plus souvent des signes neurologiques.

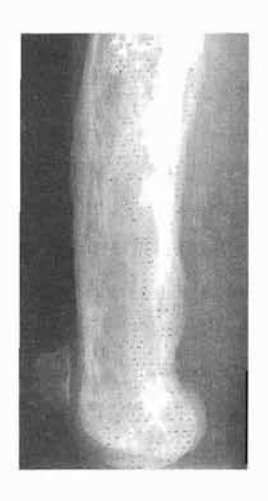
Elle illustre ensuite la conduite à tenir devant une coxopathie à radiographies normales, l'intérêt de l'IRM comparé à la scintigraphie osseuse.

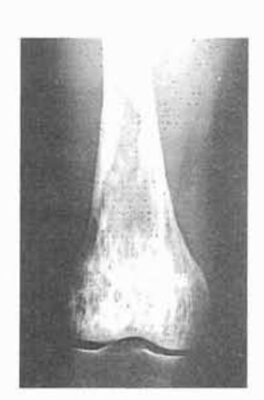
Il faut connaître les signes IRM d'algodystrophie sympathique réflexe (ADSR) (hyposignal diffus en T1, hypersignal en T2), les principales étiologies à rechercher suivant la topographie et le traitement de l'ADSR (décharge partielle pour la hanche, antalgiques et calcitonines).

Dossier 25

M. T., 74 ans, 65 kg, est suivi pour une maladie de Paget polyostéotique, depuis 15 ans. Il a été traité par des calcitonines, mais il a arrêté ce traitement en raison des effets secondaires. Il a ensuite pris du Didronel® (étidronate) à 800 mg/j. Au terme d'une cure de 6 mois de ce traitement, les phosphatases alcalines (PAL) avaient diminué (1 850 UI, avant, 750 après). Il a bénéficié de 4 cures, mais les PAL restent élevées (600 UI) alors que les γ-GT sont normales.
Il souffre essentiellement de rachialgies, de douleurs de la cuisse, de la hanche, du genou et du tibia droits.

Question 1 À partir des clichés de ce patient, décrivez les divers aspects radiologiques de la maladie de Paget.





Question 2 Quelles sont les hypothèses étiologiques et physiopathologiques de cette affection ?

Question 3 Quels sont les effets secondaires des calcitonines ?

Question 4 Quelle complication pouvait entraîner l'étidronate à forte dose ?

Question 5 Pourquoi faut-il très souvent associer une substitution vitamine-calcique aux pagétiques traités par bisphosphonates ?

Question 6 Quelle complication, très rare mais gravissime, peut survenir lors d'une MP ? Comment la soupçonne-t-on ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
23 points

À partir des clichés de ce patient, décrivez les divers aspects radiologiques de la maladie de Paget.

- L'aspect de la maladie de Paget (MP) dépend de son stade d'évolution .... 1 point
- de son degré d'activité .... 1 point
- de la localisation. .... 1 point
- À une phase de résorption ostéoclastique initiale .... 2 points
- caractérisée, ici, par un V pagétique tibial typique, ... 3 points
- succède la formation d'un os anarchique .... 3 points
- avec augmentation globale de volume .... 3 points
- corticales épaissies, poreuses et fibrillaires .... 3 points
- dédifférenciation cortico-trabéculaire .... 3 points
- densification anarchique de l'os trabéculaire .... 3 points

Question 2
17 points

Quelles sont les hypothèses étiologiques et physiopathologiques de cette affection ?

- Il s'agit très probablement d'une affection d'origine virale .... 3 points
  - o inclusion virales d'un paramyxovirus objectivées dans les ostéoclastes pagétiques .... 2 points
- sur terrain génétique particulier (familles avec MP) .... 2 points
- *Locus* de susceptibilité sur le chromosome 18q21-22 .... 1 point
- La MP se caractérise histologiquement par de nombreux ostéoclastes très volumineux, multinucléés .... 2 points
- des ostéoblastes hyperactifs .... 2 points
- une fibrose médullaire .... 1 point
- une structure osseuse en mosaïque avec perte de l'aspect Haversien .... 1 point
- des anomalies de sécrétion des protéines non collagéniques de l'os (sialoprotéine, ostéonectine, ostéopontine, etc.) peut être à l'origine du caractère anarchique de la trame osseuse .. 3 points

Question 3
14 points

Quels sont les effets secondaires des calcitonines ?

- Des bouffées vasomotrices .... 5 points
- Des nausées .... 2 points
- Des vomissements .... 2 points
- Des douleurs abdominales .... 2 points
- De la diarrhée .... 2 points
- Rarement des accidents allergiques .... 1 point

Question 4
11 points

Quelle complication pouvait entraîner l'étidronate à forte dose ?

- C'est le seul bisphosphonate qui peut entraîner des défauts de minéralisation (ostéomalacie)....................................4 points
- lorsque les doses dépassent 10 mg/kg/j..........................3 points
- ce, d'autant que le malade est carencé en calcium et/ou vitamine D..4 points

Question 5
21 points

Pourquoi faut-il très souvent associer une substitution vitamine-calcique aux pagétiques traités par bisphosphonates ?

- Les malades pagétiques sont souvent âgés et donc statistiquement à risque de carence vitamine-calcique (défaut d'absorption digestive) ....5 points
- Ils ont, de par leur MP, un hyperremodelage osseux et donc une avidité accrue du squelette pour le calcium....5 points
- Enfin, les bisphophonates entraînent par le biais de l'hypocalcémie modérée qu'ils induisent........................3 points
- une hyperparathroïdie secondaire ....3 points
- Toutes ces raisons font que les malades ayant une MP active et traitée, doivent bénéficier d'apports en vitamine D et calcium..5 points

Question 6
14 points

Quelle complication, très rare mais gravissime, peut survenir lors d'une MP ? Comment la soupçonne-t-on ?

- L'ostéosarcome peut compliquer la MP ....7 points
- Il occasionne une modification assez brutale des symptômes avec douleurs qui augmentent..3 points
- un syndrome inflammatoire ....2 points
- qui apparaît et une modification des signes radiologiques avec rupture corticale et envahissement des parties molles..2 points

COMMENTAIRES

La maladie de Paget (MP), d'origine virale, sur terrain génétique se caractérise par un hyperremodelage osseux anarchique. Elle déforme les pièces osseuses, augmente leur volume, occasionnant des fronts de déminéralisation, un aspect fibrillaire de la trame osseuse, une dédifférenciation cortico-diaphysaire. La transformation sarcomateuse est rarissime mais grave. Les localisations de la MP fixent à la scintigraphie au pyrophosphate de technétium qui en permet la cartographie. Le dosage des phosphatases alcalines totales détermine son activité et permet d'évaluer l'efficacité des traitements. Ceux-ci sont actuellement basés sur les nouveaux bisphosphonates : tiludronate, risédronate, pamidronate et zolédronate.

Dossier 26

Mme D., 55 ans, présente une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Cette capsulite est en partie liée à un diabète insulino-dépendant, connu depuis 8 ans. La capsulite s'aggrave et enraidit de plus en plus l'épaule, malgré un traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens et 25 séances de rééducation. Vous décidez alors de réaliser une arthrographie pour confirmation du diagnostic et dans le but d'obtenir une dilatation ou une rupture de la capsule articulaire. Afin d'éviter la récidive de la fibrose, et calmer les douleurs, vous demandez au radiologue d'effectuer, dans un même temps une infiltration intra-articulaire de corticoïdes.

Question 1 Quelles sont les contre-indications à une infiltration intra-articulaire de corticoïdes ?

Question 2 Quelles sont les précautions à prendre pendant la réalisation du geste ?

Question 3 Dans ce cas, quels sont les risques particuliers ?

Question 4 Quelle sera la conduite à tenir, après l'infiltration, vis-à-vis du diabète ?

Cinq jours après l'infiltration, Mme D., souffre à nouveau, présente une fièvre à 39° et une épaule tuméfiée.

Question 5 Que craignez-vous ? Quelle devra être la conduite à tenir ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
22 points

Quelles sont les contre-indications à une infiltration intra-articulaire de corticoïdes ?

- Les infections : tout état septique articulaire contre-indique formellement l'injection de corticoïdes ....6 points
- Si une arthrite septique ne peut être formellement écartée avant l'infiltration, il faut d'abord ponctionner l'articulation et faire une analyse bactériologique du liquide ....2 points
- Une infection bactérienne évolutive, non contrôlée, à distance, contre-indique également l'infiltration ....2 points
- Les troubles de la coagulation : l'hypocoagulabilité spontanée (hémophilie, maladie de Willebrand) ou induite par les traitements par anti-vitamine K contre-indique une infiltration ....4 points
- Les anti-agrégants, l'aspirine, ne contre-indiquent pas l'infiltration ....2 points
- La présence d'une prothèse articulaire ou de matériel d'ostéosynthèse doit faire récuser l'infiltration ....3 points
- La présence d'une infection cutanée en regard de l'articulation à infiltrer constitue aussi une contre-indication ....3 points

Question 2
20 points

Quelles sont les précautions à prendre pendant la réalisation du geste ?

- Il faut désinfecter la peau par un agent bactéricide : povidone iodée (Bétadine®) ....3 points
- ou chlorexidine, si le patient est allergique à l'iode..........2 points
- Il faut appliquer 2 fois du produit.....................................2 points
- de façon centrifuge et attendre 2 min avant l'infiltration ...3 points
- Il faut se laver les mains une première fois avec un savon et de l'eau ....3 points
- une deuxième fois avec un agent bactéricide ....3 points
- Les gants stériles ne sont pas obligatoires. Il faut utiliser du matériel stérile (aiguille, seringue)...........2 points
- et ne pas parler pendant le geste ou porter un masque ....2 points

Question 3
5 points

Dans ce cas, quels sont les risques particuliers ?

- Chez cette malade diabétique, les corticoïdes locaux, par leur effet systémique peuvent décompenser le diabète ....5 points

Question 4
15 points

Quelle sera la conduite à tenir, après l'infiltration, vis-à-vis du diabète ?

- Le contrôle de la glycémie doit être strict : 3 à 4 fois/j ......5 points
- et l'insulinothérapie augmentée si besoin ....5 points
- Ceci pendant une dizaine de jours car, selon le corticoïde employé, la décompensation peut survenir de façon retardée et persister ....5 points

Cinq jours après l'infiltration, Mme D., souffre à nouveau, présente une fièvre à 39° et une épaule tuméfiée.

Question 5
37 points

Que craignez-vous ?

- Une arthrite septique est probable ....6 points

Quelle devra être la conduite à tenir ?

- Il faut, avant toute antibiothérapie effectuer une ponction articulaire avec analyse cytologique et surtout bactériologique du liquide.................................7 points
- Des hémocultures doivent être effectuées ....3 points
- Une radiographie des 2 épaules sera demandée ....2 points
- + NFS, VS, CRP ....4 points
- L'hospitalisation est nécessaire ....2 points
- L'arthrite septique est une urgence diagnostique et thérapeutique ....2 points
- Dès les prélèvements effectués ....2 points
- une bi-antibiothérapie sera débutée à action antistaphylococcique (germe le plus souvent rencontré dans les arthrites postinfiltration) : ....5 points
  - o péni-M + aminosides, si l'infiltration a été effectuée en ville ....2 points
  - o vancomycine + quinolones, si l'infiltration a été réalisée en milieu hospitalier (risque de staphylocoque méti-R)...2 points

COMMENTAIRES

Les contre-indications (état fébrile inexpliqué, lésions cutanées en regard, traitement par AVK), les précautions à prendre avant d'infiltrer une articulation par des corticoïdes (désinfection soigneuse de la peau du malade et des mains) sont détaillées.

La corticothérapie, même locale peut décompenser un diabète : chez un malade diabétique, l'infiltration n'est pas formellement contre-indiquée, mais les glycémies devront être particulièrement contrôlées et les posologies d'insuline adaptées.

La complication la plus sévère est l'arthrite septique, le plus souvent à staphylocoque : méti-sensible en ville, méti-résistant à l'hôpital. L'antibiothérapie ne doit être débutée qu'après ponction de l'articulation et analyse bactériologique.

Dossier 27

Mme J., 56 ans, présente une polyarthrite rhumatoïde évoluant depuis 25 ans, bien contrôlée par un traitement de fond de méthotrexate (12,5 mg/semaine) et du kétoprofène (Biprofénid® : 150 mg/j). Depuis 15 jours, elle présente des épigastralgies. Vous arrêtez le kétoprofène. Vous demandez une gastroscopie : selon les résultats de celle-ci, que faites-vous ?

Question 1 Pourquoi demande-t-on une gastroscopie chez cette malade ?

Question 2 La gastroscopie montre un reflux gastro-œsophagien, une œsophagite de grade 1.

Question 3 La gastroscopie montre un ulcère gastrique.

Question 4 La gastroscopie montre une gastrite atrophique.

Question 5 Dans quel cas, par quels moyens et pourquoi doit-on chercher l'hélicobacter pylori ?

Cette malade vous parle de sa maman, âgée de 82 ans, hypertendue, porteuse d'une insuffisance rénale modérée (créatininémie : 160 mmol/l) et vous dit que son médecin lui a prescrit du Feldène® (piroxicam, 20 mg/j), pour sa coxarthrose.

Question 6 Que risque particulièrement cette malade ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
10 points

Pourquoi demande-t-on une gastroscopie chez cette malade ?

- Cette malade, atteinte d'une PR, a besoin d'AINS, or les AINS représentent la première cause d'hémorragie digestive et d'ulcères gastroduodénaux. Il faut donc connaître précisément la cause des épigastralgies pour savoir si ce traitement peut être poursuivi ou non .... 10 points

Question 2
10 points

La gastroscopie montre un reflux gastro-œsophagien, une œsophagite de grade 1.

- Dans ce cas, on traite le RGO par inhibiteur de la pompe à proton (IPP) et accélérateur de la vidange gastrique (Prépulsid®) et, lorsque les symptômes ont disparu, on réintroduit l'AINS. Les antalgiques sont utilisés en attendant .... 10 points

Question 3
28 points

La gastroscopie montre un ulcère gastrique...

- Il ne faut pas réintroduire l'AINS et traiter l'ulcère par IPP .... 7 points
- Les biopsies permettront d'écarter une néoplasie gastrique .... 3 points
- On peut administrer des antalgiques .... 4 points
- En cas de poussée inflammatoire de la polyarthrite, des corticoïdes à faible doses (moins de 15 mg/j) peuvent être utilisés .... 6 points
- À ces doses, ils ne sont pas ou peu gastrotoxiques .... 3 points
- Lorsque l'ulcère aura cicatrisé (cf. gastroscopie de contrôle), le Profénid® pourra être repris, associé à un IPP ayant l'AMM dans la prévention des ulcères sous AINS .... 5 points

Question 4
22 points

La gastroscopie montre une gastrite atrophique.

- Il faut réaliser une NFS .... 5 points
- un dosage de vitamine B12 .... 4 points
- chercher les anticorps antimuqueuse gastrique et antifacteur de Castel .... 4 points
- pour éliminer une maladie de Biermer .... 7 points
- qui peut s'associer à la PR .... 2 points

Question 5
18 points

Dans quel cas, par quels moyens et pourquoi doit-on chercher l'hélicobacter pylori ?

- L'hélicobacter peut être cherché par biopsies ....5 points
- lors de la gastroscopie ou par *breath test* ....4 points
- On sait que l'HP peut être associé aux ulcères compliquant la prise d'AINS, comme cofacteur ....5 points
- Son éradication est indispensable pour éviter les récidives ....4 points

Cette malade vous parle de sa maman, âgée de 82 ans, hypertendue, porteuse d'une insuffisance rénale modérée (créatininémie : 160 mmol/l) et vous dit que son médecin lui a prescrit du Feldène® (Piroxicam) 20 mg/j, pour sa coxarthrose.

Question 6
12 points

Que risque particulièrement cette malade ?

- Les oxicams sont la famille d'AINS dont la durée de vie est la plus longue..5 points
- ils doivent donc être proscrits chez les sujets âgés, insuffisants rénaux et hypertendus où le risque d'aggraver l'insuffisance rénale et de réduire l'efficacité des antihypertenseurs est important ....7 points

COMMENTAIRES

Dans ce cas clinique, la conduite à tenir devant des épigastralgies chez un malade ayant un rhumatisme inflammatoire évolutif, donc nécessitant la prise d'AINS, est détaillée : nécessité de la gastroscopie, de la recherche d'*helicobacter pylori*. Les diverses attitudes thérapeutiques en fonction du résultat endoscopique sont énumérées : arrêt de celui-ci et remplacement par antalgiques ou corticoïdes si ulcère, poursuite de l'AINS et traitement symptomatique si RGO. La dernière question fait état de la néphrotoxicité des AINS chez le sujet âgé, notamment ceux à longue durée de vie.

Dossier 28

M H., 62 ans, 85 kg pour 1,72 m, bon vivant et sédentaire, a une hypercholestérolémie qu'il négligeait jusque-là. Il prend depuis 1 mois un traitement par simvastatine (Zocor® 20 mg/j). Il consulte suite à l'apparition d'une fatigabilité à la marche et de crampes des membres inférieurs. L'examen clinique est pauvre, les pouls sont perçus. Il n'y a pas de déficit des membres inférieurs. Le toucher rectal est normal. Il a simplement du mal à se relever de la position accroupie. Au cours de l'entretien, vous diagnostiquez une surdité.
Vous prescrivez le dosage des enzymes musculaires et hépatiques (γ-GT, phosphatases alcalines, ASAT, ALAT) seules les phosphatases alcalines sont élevées à 1 300 UI (N 40-120).

TSVP

Question 1 Quels sont les principaux effets secondaires des statines ?

Question 2 Pourquoi l'élévation des phosphatases alcalines a-t-elle vraisemblablement ici une origine osseuse ? Quelles sont les 2 affections osseuses qui peuvent être responsables d'une telle augmentation des phosphatases alcalines ?

Question 3 Quels examens cliniques et paracliniques vous permettent d'en faire le diagnostic ?

Question 4 Pourquoi demandez-vous une radiographie du crâne ? Que montre-t-elle ? Quel est alors votre diagnostic ?



Question 5 Dans quels cas doit-on traiter cette maladie ?

Question 6 Quels seront les choix thérapeutiques ? Quel sera le suivi ?

Avant traitement, le cholestérol total de M. H. était de 2,6 g/l.

Question 7 Quel bilan clinique et paraclinique aurait-il fallu effectuer avant de décider de traiter cette hypercholestérolémie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
14 points

Quels sont les principaux effets secondaires des statines ?

- Cytolyse hépatique ....6 points
- Myopathie, rhabdomyolyse chronique ....6 points
- avec augmentation des CPK ....2 points

Question 2
14 points

Pourquoi l'élévation des phosphatases alcalines a-t-elle vraisemblablement ici une origine osseuse ?

- La normalité de la γ-GT ....2 points
- permet d'exclure avec une grande probabilité une cholestase ....2 points

Quelles sont les 2 affections osseuses qui peuvent être responsables d'une telle augmentation des phosphatases alcalines ?

- Les 2 affections osseuses qui occasionnent une augmentation des PAL, supérieures à 1 000, sont la maladie de Paget (MP) ....5 points
- et le cancer de la prostate ....5 points

Question 3
21 points

Quels examens cliniques et paracliniques vous permettent d'en faire le diagnostic ?

- Le diagnostic de cancer de la prostate se fait par le toucher rectal ....4 points
  - o le dosage des PSA..4 points
  - o et la biopsie prostatique ....2 points
- Le diagnostic de la MP se fait par la scintigraphie osseuse (cet examen permettra aussi de mettre en évidence des métastases osseuses du cancer prostatique) ....4 points
  - o et les radiographies centrées sur les zones hyperfixantes..3 points
- En cas de doute, une biopsie osseuse peut être réalisée mais l'aspect radiologique est souvent très évocateur ....1 point
- En faveur d'une MP, certains signes cliniques : aspect déformé de certaines pièces osseuses, fémur, tibia en lame de sabre, augmentation de volume du crâne, surdité, hypervascularisation des os pagétiques avec chaleur et souffle (ces signes ne se rencontrent que dans les MP très évoluées) ....3 points

Question 4
8 points

Pourquoi demandez-vous une radiographie du crâne ?

- La maladie de Paget atteint fréquemment le crâne et ce malade a une surdité, complication de la MP............2 points

Que montre-t-elle ? Quel est alors votre diagnostic ?

- La radiographie du crâne montre une hyperplasie ....2 points
- un aspect très dense des rochers..2 points
- et des grandes ailes des sphénoïdes, évocateur de MP .....2 points

Question 5
14 points

Dans quels cas doit-on traiter cette maladie ?

- La MP doit être traitée, si elle est symptomatique (douleurs) ....3 points
- ou si elle peut, par sa situation, en évoluant, entraîner des complications neurologiques (crâne, vertèbres)...........3 points
- ou articulaires (coxopathie, gonopathie) ....3 points
- ou si elle est active (taux de PAL 2,5 fois > à la normale) .5 points
  (Chez ce malade, la MP doit être traitée du fait de la surdité et de l'activité [PAL : 1 300])

Question 6
14 points

Quels seront les choix thérapeutiques ? Quel sera le suivi ?

- Les bisphosphonates sont les traitements les plus efficaces :..3 points
  - soit pamidronate en perfusion (90 à 180 mg) selon le taux de PAL ....2 points
  - (effet dose dépendant)...2 points
  - soit tiludronate (400 mg/j, 3 mois) ....2 points
  - soit risédronate (30 mg/j, 2 mois)..................................2 points
- Les PAL doivent être dosées 3 mois après la fin du traitement, cela correspond au nadir de leur baisse. Elles seront ensuite contrôlées tous les 6 mois. En cas d'échec, une autre molécule peut être essayée. Le malade est de nouveau traité, si les PAL remontent 2,5 fois au-dessus de la normale ....3 points

Avant traitement, le cholestérol total de M. H. était de 2,6 g/l.

Question 7
15 points

Quel bilan clinique et paraclinique aurait-il fallu effectuer avant de décider de traiter cette hypercholestérolémie ?

- Une hypercholestérolémie, découverte dans un contexte de fatigabilité à la marche, avec signe du tabouret .... 3 points
- doit évoquer une hypothyroïdie .... 5 points
- Le dosage de la TSH, élevé, en permet le diagnostic .... 3 points
- L'hypothèse vasculaire est, ici, improbable (pouls perçus), un écho-doppler des membres inférieurs .... 2 points
- et une épreuve sur tapis roulant seront prescrits, en cas de doute .... 2 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique comporte 2 parties :

1. Une partie fait état des liens entre hypocholestérolémie et hypothyroïdie, des complications induites par les statines.
2. La deuxième partie concerne les étiologies d'une augmentation des phosphatases alcaline et la maladie de Paget : ses signes radiologiques sur le crâne, ses indications thérapeutiques.

Dossier 29

Mme H., 45 ans, présente depuis 6 mois des arthralgies, touchant les métacarpo-phalangiennes, les interphalangiennes proximales, les poignets, les épaules, les chevilles. Les douleurs la réveillent la nuit et occasionnent un dérouillage matinal d'une demi-heure. Elle n'a jamais constaté de véritable gonflement articulaire. Elle décrit, en outre, des douleurs modérées des muscles des cuisses et des bras, des paresthésies des pieds, avec crampes nocturnes des mollets.
L'ophtalmologue, consulté pour une irritation oculaire a déconseillé le port de lentilles et a prescrit des larmes artificielles.
Cette patiente est suivie pour une hépatite C, post-transfusionnelle, depuis 10 ans. Les transaminases sont régulièrement normales ou subnormales. La biopsie hépatique effectuée il y a 4 ans a montré des lésions minimes ne nécessitant pas de traitement.

Question 1 Quels diagnostics évoquez-vous devant les signes cliniques ? Pourquoi ?

Question 2 Quels examens complémentaires allez-vous demander afin de réaliser le bilan des plaintes de la malade ?

Question 3 Quels seront les éléments-clés du diagnostic ?

Question 4 Quel traitement envisagerez-vous, dans un premier temps ? Quelles seront les alternatives thérapeutiques si ce traitement est inefficace ?

Question 5 Quel peut être le lien entre l'hépatite et l'affection actuelle ?

Question 6 Quel traitement aurait-on pu proposer pour l'hépatite si les lésions histologiques hépatiques avaient été plus importantes ?

Question 7 Quelle peut-être la complication majeure de la maladie diagnostiquée ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
18 points

Quels diagnostics évoquez-vous devant les signes cliniques ? Pourquoi ?

- Maladie de Gougerot-Sjögren primitive : .... 6 points
  - o arthromyalgies .... 4 points
  - o possible neuropathie .... 4 points
  - o syndrome sec oculaire .... 4 points

Question 2
33 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander afin de réaliser le bilan des plaintes de la malade ?

- Test de Shirmer .... 3 points
- Test au rose-bengale .... 1 point
- Radiographies des articulations douloureuses
  + mains et poignets et avant-pieds de face .... 2 points
- Scintigraphie des glandes salivaires .... 1 point
- dosages des enzymes musculaires (aldolase, CPK) .... 2 points
- EMG : .... 4 points
  - o recherche d'un syndrome myogène .... 1 point
  - o et d'une neuropathie .... 1 point
  - o VS .... 1 point
  - o CRP .... 1 point
  - o NFS .... 1 point
  - o électrophorèse des protides .... 2 points
  - o anticorps antinucléaires .... 3 points
  - o anti-DNA .... 1 point
  - o SSA, SSB .... 2 points
  - o facteurs rhumatoïdes .... 2 points
  - o anticorps antiprotéines citrullinées .... 1 point
- Biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA) .... 4 points

Question 3
17 points

Quels seront les éléments-clés du diagnostic ?

- Les radiographies seront normales .... 2 points
- Il peut exister des ACAN, des AC anti-SSA ou SSB .... 3 points
- des facteurs rhumatoïdes .... 2 points
- une hypergammaglobulinémie polyclonale .... 1 point
- des anomalies à la scintigraphie des glandes salivaires .... 2 points
- des anomalies histologiques sur la BGSA : .... 3 points
  - o de stade 3 ou 4 de la classification de Chisolm
    pour qu'elles soient significatives .... 2 points
- Test de Shirmer + : moins de 5 mm à 5 min .... 2 points

Question 4
14 points

Quel traitement envisagerez-vous, dans un premier temps ?

- AINS..3 points
- + antipaludéens de synthèse : ....4 points
  - o hydoxychloroquine (Plaquenil® : 400 mg/j)..................2 points

Quels seront les alternatives thérapeutiques si ce traitement est inefficace ?

- En cas d'échec (persistance des douleurs arthromusculaires), peuvent être envisagés une corticothérapie (5 à 10 mg/j de méthylprednisolone) ....3 points
- et un traitement immunosuppresseur : azathioprine (Imurel® : 100 mg/j) ....2 points

Question 5
5 points

Quel peut être le lien entre l'hépatite et l'affection actuelle ?

- 30 % des maladies de Gougerot sont associées au virus C de l'hépatite ....5 points

Question 6
7 points

Quel traitement aurait-on pu proposer pour l'hépatite si les lésions histologiques hépatiques avaient été plus importantes ?

- L'association interféron-α pégilé + ribavarine est l'association antivirale actuellement la plus efficace ....7 points

Question 7
6 points

Quelle peut-être la complication majeure de la maladie diagnostiquée ?

- Un syndrome lymphoprolifératif peut survenir dans l'évolution de 2 à 5 % des maladies de Gougerot.............................6 points

COMMENTAIRES

Le syndrome de Gougerot-Sjögren, associe xérostomie, xérophtalmie et arthromyalgies.

Il peut être lié au virus C de l'hépatite. Son traitement est basé sur les AINS et les antipaludéens de synthèse. Il peut rarement se compliquer de lymphome.

Le traitement de l'hépatite C est basé sur l'interféron-α et la ribavarine.

Dossier 30

Mlle R., 32 ans, présente depuis 8 jours des douleurs et un gonflement de la cheville gauche et du genou droit. En fait, la symptomatologie avait débuté il y a 3 semaines par des douleurs du genou gauche. Elle est fatiguée, subfébrile, présente une toux sèche et une discrète dyspnée. Elle a eu un épisode de diarrhée et de douleurs abdominales durant 4 à 5 jours, dénommé « gastro-entérite », une semaine environ avant le début des symptômes articulaires.
Dans ces antécédents, vous notez, des diarrhées fréquentes, une infection gynécologique traitée par cyclines, il y a 6 mois.
L'examen clinique confirme l'hydarthrose du genou, objective des sous-crépitants des 2 bases, met en évidence des adénopathies épitrochléennes gauches.

Question 1 Comment définissez-vous cette entité rhumatismale ?

TSVP

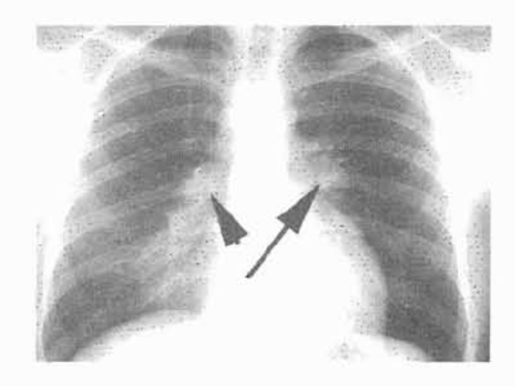
Le liquide articulaire est stérile, la cytologie objective 6 000 leucocytes par mm^3, dont 80 % de PN.

Question 2 Qualifiez l'épanchement ?

Question 3 Cette présentation clinique peut correspondre au stade initial de n'importe quel rhumatisme inflammatoire débutant, mais vers quelles hypothèses diagnostiques vous orientent l'anamnèse et la clinique ?

Question 4 Pour chacune d'entre elles, quels sont les examens complémentaires utiles au diagnostic ?

Question 5 Les examens à visée digestive et gynécologique sont négatifs, que pensez-vous du cliché thoracique ? Quel est donc le diagnostic ?



La calciurie de M[lle] R. est de 10 mmol/24 h, la calcémie à 2,68 mmol/l.

Question 6 Ces paramètres sont-ils normaux ? Par quel mécanisme l'affection en cause peut-elle interférer avec le métabolisme phosphocalcique ?

Question 7 Quels traitements allez-vous proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
3 points

Comment définissez-vous cette entité rhumatismale ?

- Oligoarthrite migratrice..3 points

Le liquide articulaire est stérile, la cytologie objective 6 000 leucocytes par mm^3 dont 80 % de PN

Question 2
6 points

Qualifiez l'épanchement ?

- Liquide inflammatoire : ....4 points
- Plus de 2 000 éléments nucléés, prédominance de polynucléaires ....2 points

Question 3
36 points

Cette présentation clinique peut correspondre au stade initial de n'importe quel rhumatisme inflammatoire débutant, mais vers quelles hypothèses diagnostiques vous orientent l'anamnèse et la clinique ?

- Sarcoïdose..7 points
  - o (signes pulmonaires)..3 points
  - o adénopathies épitrochléennes..3 points
- Arthrite réactionnelle..7 points
  - o (âge)..2 points
  - o oligoarthrite..2 points
  - o antécédents digestifs..2 points
  - o ou gynécologiques ....2 points
- Colite inflammatoire ....6 points
  - o (signes digestifs) ....2 points

Question 4
14 points

Pour chacune d'entre elles, quels sont les examens complémentaires utiles au diagnostic ?

- Sarcoïdose :
  - o dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.....1 point
  - o radiographie thoracique..2 points
  - o TDM thoracique..2 points
  - o exploration fonctionnelle respiratoire + test au CO ....2 points
- Arthrite réactionnelle :
  - o sérologie chlamydiae + prélèvement vaginal ....1 point
  - o PCR urinaire..2 points
  - o coprocultures, si diarrhée actuelle..2 points
- Colite inflammatoire :
  - o coloscopie..2 points

Question 5
8 points

Les examens à visée digestive et gynécologique sont négatifs, que pensez-vous du cliché thoracique ? Quel est donc le diagnostic ?

- Adénopathies hilaires symétriques : ....5 points
  - o sarcoïdose ....3 points

La calciurie de M[lle] R. est de 10 mmol/24 h, la calcémie à 2,68 mmol/l.

Question 6
20 points

Ces paramètres sont-ils normaux ? Par quel mécanisme l'affection en cause peut-elle interférer avec le métabolisme phosphocalcique ?

- Hypercalcémie (normes calcémie : < 2,55 mmol/l)............5 points
- et hypercalciurie (normes calciurie : < 7 mmol/24 h) ....5 points
- par synthèse de 1-25 di-OH vitamine D3 ....5 points
- par le tissu sarcoïdosique ....5 points

Question 7
11 points

Quels traitements allez-vous proposer ?

- Corticothérapie...6 points
- car hypercalcémie ....4 points
- et possible atteinte pulmonaire interstitielle ....1 point

COMMENTAIRES

Cette oligoarthrite, associée à des signes digestifs et pulmonaires, survenant chez une jeune femme avec antécédents d'infection gynécologique permet de discuter les étiologies des arthrites réactionnelles et les rhumatismes associés aux colites.

Il s'agissait en fait d'arthrites dans le cadre d'une sarcoïdose avec atteinte ganglionnaire médiastinale, causant une hypercalcémie et une hypercalciurie par synthèse anormale de 1-25 di-OH-D3 par le tissu granulomatose et nécessitant ainsi une corticothérapie.

Dossier 31

Mlle G. 18 ans, consulte pour des arthralgies, concernant les articulations métacarpien-phalangiennes, interphalangiennes proximales, les poignets, les épaules, les chevilles, évoluant depuis 3 mois, avec réveils nocturnes et enraidissement matinal d'une heure. Elle est asthénique avec un fébricule à 38°. Elle signale une alopécie débutante. L'examen clinique objective des adénopathies axillaires et cervicales, dures, indolores, de petit volume. Elle présente une rougeur des ailes du nez et des pommettes, une toux sèche, des douleurs thoraciques antérieures rétrosternales, une légère dyspnée. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale

La symptomatologie a débuté après une angine érythémateuse, non traitée.

Cette jeune malade n'a pas d'antécédents.

Les résultats biologiques sont les suivants : VS : 40, CRP : 8, NFS : normale, TGO, TGP, créatininémie : normales, labstix : protides 2 croix, hématurie 1 croix.

Question 1 Quels autres signes cutanéo-muqueux pouvez-vous chercher, dans le cadre de la maladie que vous suspectez ? Que peut montrer la biopsie cutanée ?

Question 2 Quels autres diagnostics pouvez-vous évoquer en fonction des antécédents et des autres signes cliniques ?

Question 3 Quels seront les examens complémentaires biologiques qui confirmeront le diagnostic le plus probable ?

Question 4 À quoi peuvent être liées les manifestations thoraciques ? Comment confirmer ce diagnostic ?

Question 5 Quels examens demandez-vous devant les anomalies au labstix ?

Question 6 Quels traitements envisagez-vous :

- en l'absence d'atteinte viscérale ?
- si les atteintes viscérales suspectées sont confirmées ?

Question 7 Quels types de contraception pourra-t-on proposer à cette jeune fille ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
17 points

Quels autres signes cutanéo-muqueux pouvez-vous chercher, dans le cadre de la maladie que vous suspectez ?

- L'érythème facial, maculo-papuleux, siégeant aux ailes du nez et aux pommettes, souvent provoqué ou aggravé par l'exposition solaire, constitue le classique masque lupique (vespertilio) .2 points
- L'allergie au soleil (décolleté, avant-bras) est classique .....2 points
- Le lupus discoïde, l'alopécie circonscrite et l'atteinte des muqueuses peuvent s'accompagner ....1 point
  - o d'ulcérations buccales..1 point
  - o nasopharyngées ....1 point
  - o voire génitales...1 point
- On peut enfin observer des signes de vascularite à expression cutanée :...2 points
  - o purpura vasculaire ....1 point
  - o *livedo reticularis*..1 point
  - o urticaire..1 point
  - o ulcérations ou nécroses des extrémités ....1 point

Que peut montrer la biopsie cutanée ?

- La biopsie cutanée, réalisée sur en peau saine et pathologique, avec examen en immunofluorescence, montre des altérations des couches basales de l'épiderme, des infiltrats lymphocytaires du derme..1 point
- et surtout des dépôts d'immunoglobulines et de complément à la jonction dermo-épidermique...........1 point
- Aucun de ces aspects n'est cependant pathognomonique du LEAD ....1 point

Question 2
12 points

Quels autres diagnostics pouvez-vous évoquer en fonction des antécédents et des autres signes cliniques ?

- Une monucléose infectieuse peut être évoquée :................3 points
  - o cette affection, peut occasionner angine ....1 point
  - o manifestations articulaires..1 point
  - o fièvre ....1 point
  - o asthénie..1 point
  - o adénopathies ....1 point
  - o éruptions cutanées, surtout après prise d'amoxicilline.....1 point
- Un rhumatisme poststreptococcique doit être exclu mais les manifestations articulaires sont différentes : ....2 points
  - o à type d'oligoarthite migratrice ....1 point

Question 3
21 points

Quels seront les examens complémentaires biologiques qui confirmeront le diagnostic le plus probable ?

- Les anticorps antinucléaires sont présents dans plus de 95 % des LEAD ....4 points
  - o Une fluorescence homogène traduit le plus souvent la présence d'anticorps anti-DNA natifs ou bicaténaires, très spécifiques, mais moyennement sensibles ....3 points
  - o puisqu'ils ne sont trouvés que dans 60 à 80 % des LEAD....................1 point
  - o Une fluorescence mouchetée traduit habituellement la présence d'anticorps anti-antigènes nucléaires solubles appelés anti-ENA ....2 points
  - o dont les plus spécifiques du LEAD sont les anti-Sm, qui ne sont trouvés que dans 20 à 40 % des cas...........2 points
- On peut aussi mettre en évidence des anti-SSA ou anti-Ro, dans 20 à 30 % des cas ....2 points
- D'autres auto-anticorps sont trouvés au cours du LEAD : des facteurs rhumatoïdes dans 10 à 30 % des cas, des anticorps anti-érythrocytes (test de Coombs), anti-lymphocytes ou anti-plaquettes, des anticorps anti-phospholipides ....3 points
- Lors des poussées lupiques, il existe une hypocomplémentémie. Cet abaissement du CH50 et des fractions du complément (C1q, C4, C3) a non seulement une valeur diagnostique, mais aussi une valeur pronostique, pour suivre l'évolutivité de la maladie ....4 points

Question 4
11 points

À quoi peuvent être liées les manifestations thoraciques ?

- La péricardite peut compliquer le lupus ....3 points
- elle peut être suspectée devant des anomalies de l'ECG (anomalies de la repolarisation diffuse sans image en miroir)....................3 points
- par le cliché thoracique (élargissement de la silhouette cardiaque avec rectitude du bord gauche) ....2 points

Comment confirmer ce diagnostic ?

- Elle doit être confirmée par une écho-cardiographie ....3 points

Question 5
11 points

Quels examens demandez-vous devant les anomalies au labstix ?

- Examen cytobactériologiques des urines............................2 points
- et surtout dosage de la protéinurie des 24 h ....3 points
- Si celle-ci est supérieure à 0,5 g/24 h, en l'absence d'infection urinaire, une ponction biopsie rénale doit être réalisée car l'importance de l'atteinte rénale conditionne le pronostic et le traitement de la maladie ....3 points
- Les atteintes glomérulaires sont classées en 6 types : glomérules normaux (type I), glomérulonéphrite mésangiale (type II), glomérulonéphrite proliférative segmentaire et focale (type III), glomérulonéphrite proliférative diffuse (type IV), glomérulonéphrite extra-membraneuse (type V), sclérose glomérulaire (type VI)..3 points

Question 6
18 points

Quels traitements envisagez-vous :

- Dans tous les cas, éviter les expositions au soleil ....2 points
- les médicaments inducteurs de lupus...................................1 point
- traiter efficacement les infections ....1 point

– en l'absence d'atteinte viscérale ?

- Antipaludéens de synthèse (hydroxychloroquine : 200 mg/j).......................................3 points
- et AINS..2 points
- méthotrexate en deuxième intention...................................2 points

– si les atteintes viscérales suspectées sont confirmées ?

- Corticoïdes : 0,5 à 1 mg/kg/j, en dose d'attaque ....3 points
- et immunosuppresseurs : azathioprine................................1 point
  - ou cyclophosphamide..3 points

Question 7
10 points

Quels types de contraception pourra-t-on proposer à cette jeune fille ?

- La grossesse favorise les poussées lupiques et doit être absolument évitée quand la maladie est évolutive, avec atteintes viscérales ....3 points
- Les contraceptifs œstrogéniques sont contre-indiqués ....3 points
- Il faut donc une contraception par DIU ....2 points
- ou pilule progestative ....2 points

COMMENTAIRES

Le lupus érythémateux aigu disséminé (LEAD) se présente le plus souvent sous sa forme arthrocutanée. Il s'accompagne d'anomalies immunologiques : ACAN, anticorps anti-DNA bicaténaires. Le complément sérique et ses fractions baissent lors des poussées.

Les pleurésies, les péricardites, la glomérulonéphrite, les vascularites en sont les complications viscérales les plus fréquentes.

Le traitement des formes arthrocutanées est basé sur les APS et les AINS, le traitement des atteintes viscérales repose sur les corticoïdes et les immunosuppresseurs. L'exposition solaire, les contraceptifs œstrogéniques sont contre-indiqués.

Dossier 32

M. F., 60 ans, agriculteur dans une ferme isolée du Nord-Aveyron, consulte pour des polyarthralgies touchant les mains, les poignets, les orteils, les chevilles et les genoux. Il a d'importantes déformations des mains qui se sont installées progressivement.



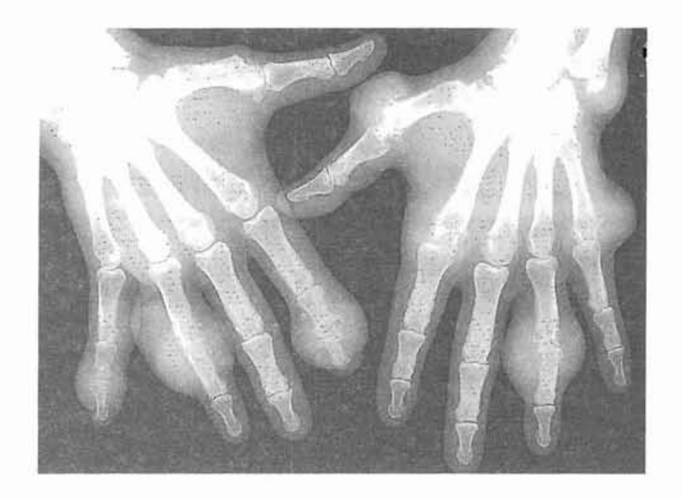
En fait, les douleurs ont débuté, il y a plusieurs années, par des crises aiguës des gros orteils et de la cheville droite. Ces crises cédaient, au début, grâce à de l'indométacine prise pendant quelques jours. La sensibilité à ce médicament est de moins en moins nette
Ce malade est hypertendu, traité par furosémide (Lasilix® : 40 mg/j).
Il a présenté, il y a une dizaine d'années, 2 crises de coliques néphrétiques.

Question 1 Quelle affection suspectez-vous devant les signes cliniques ? Justifiez votre réponse.

Question 2 Citez et développez brièvement les mécanismes principaux qui caractérisent la genèse de cette affection.

Question 3 Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

Question 4 Décrivez les anomalies radiographiques.



Question 5 Quelle attitude thérapeutique allez-vous proposer ? Quel suivi assurerez-vous ?

Question 6 Quelle sera l'évolution probable ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
15 points

Quelle affection suspectez-vous devant les signes cliniques ? Justifiez votre réponse.

- Goutte polyarticulaire tophacée : ....6 points
  - o début par des crises de la 1[re] MTT................................3 points
  - o Tophi digitaux typiques..3 points
  - o facteur favorisant (Lasilix®)..3 points

Question 2
19 points

Citez et développez brièvement les mécanismes principaux qui caractérisent la genèse de cette affection.

- L'hyperuricémie est la condition nécessaire à l'apparition d'une goutte ....4 points
  - o Deux grands mécanismes peuvent induire une hyperuricémie : un excès de production d'acide urique ....3 points
  - o ou un défaut d'élimination..3 points
- Ces 2 mécanismes peuvent s'associer................................1 point :
  - o excès de production d'acide urique : par augmentation de la purinosynthèse de *novo* dans les gouttes congénitales...1 point
  - o par augmentation de libération des acides nucléiques endogènes lors d'hémopathies, de chimiothérapies ....1 point
  - o apports alimentaires accrus ....1 point
  - o Défaut d'élimination : 75 à 85 % des hyperuricémies primitives seraient dues à une diminution de l'élimination rénale comme en témoigne une uraturie des 24 h inférieure à 600 mg/j.....................................3 points
- Ce sont des sujets normo-excréteurs bien qu'hyperuricémiques. À filtration glomérulaire égale, les goutteux ont une clairance de l'acide urique inférieure à celle des témoins. Cela peut être favorisé par une insuffisance rénale ou par un diurétique...2 points

Question 3
14 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander ?

- Dosages de la créatininémie ....3 points
- de l'uricémie...4 points
- de la clairance de l'acide urique ....1 point
- Radiographies des 2 mains et poignets de face.................2 points
- des 2 pieds et chevilles de face et de profil en charge......2 points
- des 2 genoux de face et de profil ....2 points

Question 4
16 points

Décrivez les anomalies radiographiques.

- Hypertrophie et hyperdensité des parties molles correspondant aux tophi ....4 points
- lésions articulaires caractéristiques :
  - o pincement de l'interligne ....3 points
  - o géodes à l'emporte-pièce ....3 points
  - o juxta-articulaires ....2 points
  - o parfois rompues ....1 point
  - o productions ostéophytiques para-articulaires en hallebarde ....3 points

Question 5
30 points

Quelle attitude thérapeutique allez-vous proposer ?

- Remplacement du furosémide par un autre antihypertenseur ....4 points
- Mesures hygiéno-diététiques ....2 points
- Traitement par AINS ....4 points
- ou colchicine (1 à 2 mg/j) ....4 points
- Traitement hypo-uricémiant par allopurinol (200 ou 300 mg/j) ....5 points

Quel suivi assurerez-vous ?

- Les AINS ou la colchicine devront être maintenus dans ce cas pendant plusieurs mois, car l'introduction de l'allopurinol peut majorer transitoirement la symptomatologie ....4 points
- Ils seront arrêtés lorsque les douleurs inflammatoires articulaires auront disparu ....2 points
- La posologie de l'allopurinol devra être adaptée afin de permettre une baisse conséquente de l'uricémie qui devra être maintenue (dosages à un mois, à 3 mois, puis tous les 6 mois) inférieure à 200 mmol/l ....5 points

Question 6
6 points

Quelle sera l'évolution probable?

- Si le traitement hypo-uricémiant est suivi et biologiquement efficace, les tophi et les lésions articulaires peuvent progressivement régresser sur plusieurs années ....6 points

COMMENTAIRES

La goutte chronique tophacée, déformante, polyarticulaire se voit rarement de nos jours. Elle peut être favorisée par un traitement diurétique (furosémide).

Le mécanisme de l'hyperuricémie est souvent mixte : augmentation de la synthèse et défaut d'élimination, ici favorisé par le furosémide.

Son évolution peut être favorable avec régression lente des lésions lorsque le traitement de fond par allopurinol, seul médicament hypouricemiant actuellement disponible, est bien suivi et assure une normalisation importante et prolongée de l'uricémie.

Dossier 33

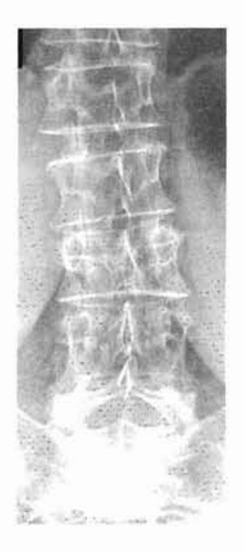
Mme R., 66 ans, 1,58 m, 46 kg, consulte pour des lombalgies apparues brutalement, il y a 8 jours, alors qu'elle soulevait son chat. Elle souffre de façon importante, assise, debout et lorsqu'elle marche. Au lit, par contre, lorsqu elle est immobile, elle n'a pratiquement plus mal. La douleur reste localisée à la région lombaire basse, sans irradiation aux membres inférieurs. La malade est en bon état général. Le rachis lombaire est enraidi indice de Shöber : 1 cm, distance doigt-sol : 30 cm. La percussion de l'épineuse de L3 est douloureuse. L'examen neurologique des membres inférieurs est normal. La palpation des seins, de la thyroïde, des fosses lombaires, des aires ganglionnaires est normale. Elle apporte des radiographies du rachis lombaire face et profil, demandées il y a 2 jours par son médecin traitant.
Cette malade a été ménopausée naturellement à 40 ans. Elle n'a pas eu de traitement hormonal de la ménopause. Elle a présenté, à 58 ans, une fracture du poignet gauche après chute de sa hauteur. Elle a été opérée d'une prothèse de hanche droite l'an passé, pour coxarthrose sur dysplasie. Dans les suites opératoires, elle a eu une phlébite fémorale et une embolie pulmonaire. Elle est traitée par du Préviscan® (fluindione) et garde d'importants troubles veineux de la jambe. Elle prend par ailleurs du Débridat® (trimébutine) pour une colopathie spasmodique.

Question 1 Quel diagnostic évoquez-vous ? Pourquoi ? Quels sont les signes cliniques qui vous confortent dans la bénignité de l'affection causale ?

Question 2 Quelles sont les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique qui expliquent la survenue de cette maladie ?

TSVP

Question 3 Décrivez les anomalies radiographiques. Comment se définit un tassement vertébral ?





Question 4 Quels sont les critères radiologiques qui vous permettent de confirmer le caractère bénin de cette vertèbre anormale ?

Question 5 Quel examen complémentaire aurait pu être réalisé lors de la fracture du poignet ? Pourquoi ?

Question 6 Doit-on effectuer des examens biologiques ? Pourquoi ? Rédigez l'ordonnance pour le laboratoire.

Question 7 Quelle attitude thérapeutique proposez-vous à court terme ?

Question 8 Quels traitements, au long cours, pourra-t-on lui proposer ? Justifiez vos choix ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
13 points

Quel diagnostic évoquez-vous ? Pourquoi ?

- Tassement vertébral .... 3 points
- Douleur mécanique survenue après effort de soulèvement modéré .... 2 points
- Âge de survenue des tassements vertébraux .... 2 points

Quels sont les signes cliniques qui vous confortent dans la bénignité de l'affection causale ?

- Pas d'anomalie neurologique .... 2 points
- Pas de douleur au repos .... 1 point
- Pas d'altération de l'état général .... 1 point
- Pas de signes cliniques en faveur d'un cancer ostéophile .. 2 points

Question 2
10 points

Quelles sont les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique qui expliquent la survenue de cette maladie ?

- Ces données objectivent des facteurs de risque d'ostéoporose : .... 1 point
  - o faible BMI .... 3 points
  - o ménopause précoce .... 3 points
  - o antécédents personnels de fracture (poignet) .... 3 points

Question 3
6 points

Décrivez les anomalies radiographiques.

- Enfoncement des plateaux inférieurs et supérieurs de L3 ... 3 points

Comment se définit un tassement vertébral ?

- Définition radiologique du tassement vertébral ostéoporotique : diminution de plus de 25 % de hauteur de la partie antérieure ou médiane de la vertèbre .... 3 points

Question 4
8 points

Quels sont les critères radiologiques qui vous permettent de confirmer le caractère bénin de cette vertèbre anormale ?

- Intégrité des corticales .... 2 points
- de l'épineuse .... 2 points
- des pédicules .... 2 points
- homogénéité de la trame osseuse .... 2 points

Question 5
7 points

Quel examen complémentaire aurait pu être réalisé lors de la fracture du poignet ? Pourquoi ?

- Ostéodensitométrie (DXA) : .... 3 points
  - o la fracture du poignet est souvent la première fracture ostéoporotique .... 2 points
  - o le diagnostic d'ostéoporose par DXA aurait permis la prescription d'un traitement préventif .... 2 points

Question 6
37 points

Doit-on effectuer des examens biologiques ? Pourquoi ? Rédigez l'ordonnance pour le laboratoire.

- Le bilan biologique a pour but d'éliminer les ostéoporoses secondaires .... 2 points
  - o myélome .... 2 points
  - o métastases .... 1 point
  - o hyperthyroïdie .... 2 points
  - o hyperparathyroïdie .... 2 points
  - o ostéomalacie .... 2 points
  - o tubulopathies .... 1 point
- Il comprend :
  - o VS .... 1 point
  - o électrophorèse des protides sériques .... 2 points
  - o calcémie .... 3 points
  - o phosphorémie .... 2 points
  - o créatininémie .... 1 point
  - o calciurie .... 2 points
  - o phosphaturie .... 1 point
  - o créatininurie des 24 h .... 1 point
  - o TSH .... 1 point
  - o Si anomalies du bilan phosphocalcique : 25-OH-D3, PTH .... 1 point
  - o Si hypogammaglobulinémie, recherche de protéinurie de Bence-Jones ou immuno-électrophorèse urinaire .... 1 point
- On peut prescrire le dosage des nouveaux marqueurs biologiques du remodelage osseux .... 2 points
  - o ostéocalcine .... 1 point
  - o Ph alcaline osseuse .... 1 point
  - o C-télopeptide sériques et urinaires .... 1 point
  - o pyridinolines urinaires .... 1 point
  - o 1 seul doit être dosé, plutôt le C-télopeptide sérique, le plus reproductible .... 1 point
- Sa diminution de 20 à 40 % à 3 mois, selon le traitement choisi peut permettre de prédire son efficacité et surtout d'en vérifier l'observance .... 2 points

Question 7
9 points

Quelle attitude thérapeutique proposez-vous à court terme ?

- Repos strict au lit (8-10 j)..3 points
- Antalgiques efficaces..2 points
- Calcitonines injectables sous-cutanées..............................2 points
- Pas d'HBPM, car la patiente est sous AVK...........................2 points

Question 8
11 points

Quels traitements, au long cours, pourra-t-on lui proposer ? Justifiez vos choix ?

- Le THS n'a pas d'indication dans le cadre d'un tassement vertébral..2 points
- Les SERM (raloxifène) sont contre-indiqués par les antécédents thrombo-emboliques...........................3 points
- Seuls les bisphosphonates pourront être prescrits.............3 points
  - o risédronate ou alendronate..2 points
- associés à du calcium (1 g/j) et de la vitamine D2 (600 U/j)..1 point

COMMENTAIRES

Le tassement vertébral occasionne des rachialgies mécaniques. L'examen clinique doit s'assurer de l'absence de compression neurologique, ce qui signifierait l'existence d'un tassement malin.

L'examen clinique et les examens biologiques doivent éliminer une maladie néoplasique métastatique ou une endocrinopathie déminéralisante.

Une diminution de plus de 25 % de hauteur du mur antérieur ou moyen de la vertèbre par rapport au mur postérieur atteste du tassement, la trame osseuse est homogène, les corticales respectées, ce qui est en faveur de sa bénignité.

La fracture du poignet est la fracture ostéoporotique qui survient le plus tôt.

Le traitement de la phase aiguë est surtout basé sur le repos au lit. Le traitement préventif des fractures ultérieures (raloxifène, bisphosphonates, tériparatide) sera choisi en fonction de l'âge du malade, du type d'ostéoporose, des affections associées.

Dossier 34

Mme B., 75 ans, présente, depuis 2 mois, des fourmillements des doigts des 2 mains qui la réveillent plusieurs fois dans la nuit. Elle a remarqué un discret gonflement des poignets.
Elle est fatiguée, un peu déprimée, plus frileuse qu'à l'accoutumée et a grossi de 4 kg en 2 mois.
Il y a 2 ans, elle avait présenté des douleurs et un gonflement du genou droit, résolutifs après 10 jours de traitement par des anti-inflammatoires.
Des radiographies avaient été réalisées.



TSVP

Question 1 Quels signes cliniques concernant les paresthésies des doigts allez-vous chercher pour confirmer votre hypothèse diagnostique ? Quels sont les signes cliniques de gravité de ce syndrome ?

Question 2 Que montrent les radiographies du genou droit, effectuées il y a 2 ans ? Quel diagnostic évoquent-elles ?

Question 3 Quel peut-être le lien entre cette affection et les symptômes actuels ?

Question 4 D'après l'interrogatoire, de quelle autre affection la malade souffre-t-elle er quels liens entre les 2 maladies peut-on évoquer ?

Question 5 Quels examens complémentaires allez-vous effectuer pour authentifier la véritable étiologie de la compression nerveuse ?

Question 6 Selon l'une ou l'autre cause, quels traitements allez-vous proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
21 points

Quels signes cliniques concernant les paresthésies des doigts allez-vous chercher pour confirmer votre hypothèse diagnostique ?

- Des paresthésies tenaces et insomniantes indiquent une souffrance neurologique. Il faut préciser le siège des paresthésies .... 4 points
- chercher des troubles sensitifs (sensibilité tactile) dans le territoire du médian .... 4 points
- évaluer la force musculaire et chercher une amyotrophie de la loge thénarienne .... 4 points
- chercher un signe de Tinel et de Phalen .... 4 points

Quels sont les signes cliniques de gravité de ce syndrome ?

- Amyotrophie thénarienne .... 3 points
- Diminution de la force musculaire (opposition du pouce) ..3 points
- Troubles trophiques et hypoesthésie de la pulpe des doigts (pouce, index, majeur) .... 3 points

Question 2
19 points

Que montrent les radiographies du genou droit, effectuées il y a 2 ans ? Quel diagnostic évoquent-elles ?

- Calcifications des cartilages fémoraux et tibiaux et calcifications méniscales .... 8 points
- Chondrocalcinose articulaire (CCA) .... 11 points

Question 3
12 points

Quel peut-être le lien entre cette affection et les symptômes actuels ?

- La CCA peut toucher le poignet ou les gaines synoviales des tendons fléchisseurs et provoquer des syndromes du canal carpien .... 12 points

Question 4
12 points

D'après l'interrogatoire, de quelle autre affection la malade souffre-t-elle et quels liens entre les 2 maladies peut-on évoquer ?

- Hypothyroïdie : c'est une étiologie du syndrome du canal carpien et il existe des signes cliniques évocateurs tels que prise de poids, asthénie, tendance dépressive, frilosité .... 12 points

Question 5
20 points

Quels examens complémentaires allez-vous effectuer pour authentifier la véritable étiologie de la compression nerveuse ?

- Radiographies des poignets de face et de profil pour chercher la CCA .... 10 points
- Dosages des hormones thyroïdiennes (T4 libre) et de la TSH pour diagnostiquer l'hypothyroïdie............. 10 points

Question 6
16 points

Selon l'une ou l'autre cause, quels traitements allez-vous proposer ?

- Si CCA, infiltration et attelle .... 8 points
- Si hypothyroïdie, traitement substitutif thyroïdien .... 8 points

COMMENTAIRES

Dans la première question de ce cas clinique, il faut détailler les signes cliniques du syndrome du canal carpien.

Les autres questions concernent 2 des étiologies du canal carpien : la chondrocalcinose articulaire et l'hypothyroïdie, leur diagnostic et leur traitement.

Dossier 35

M[me] J., 38 ans, consulte pour des douleurs articulaires du poignet droit, des 2 genoux, de la hanche et de la cheville gauches. Évoluant depuis 3 mois, elles occasionnent de nombreux réveils nocturnes. Le genou et le poignet droits sont fluxionnaires. La hanche gauche est limitée et douloureuse. Les radiographies de ces articulations sont normales. La VS est à 30, la NFS objective une hémoglobine à 11,5 g/l et un volume globulaire moyen (VGM) à 108 μ^3 Le liquide articulaire du genou est stérile et contient 6 000 éléments nucléés/mm^3, dont 80 % de polynucléaires, 50 hématies/mm^3

Cette malade est suivie pour une maladie de Crohn, depuis 10 ans, ayant nécessité, voilà 8 ans une résection partielle de l'intestin grêle. Elle est considérée en rémission et non traitée depuis 6 ans. Avant l'intervention chirurgicale digestive, lors de la deuxième poussée de la colite, M[me] J. se souvient avoir présenté des arthralgies.

Depuis 1 mois, elle a, à nouveau, plusieurs selles diarrhéiques par jour et a perdu 2 kg.

Question 1 Quelles sont les manifestations ostéo-articulaires le plus souvent rencontrées au cours de la maladie de Crohn ?

Question 2 Quels traitements pourrait-on envisager chez cette malade si l'endoscopie confirmait une reprise évolutive de la maladie ?

Question 3 Sur la radiographie du bassin, le radiologue signale que la trame osseuse paraît raréfiée, comment authentifier cette impression ?

Les examens biologiques montrent : calcémie à 1,95 mmol/l, phosphorémie à 0,77 mmol/l, albuminémie à 35 g/l, créatininémie à 60 µmol/l, calciurie à 1,05 mmol/24 h, 25-OH-D3 à 25 ng/ml, PTH à 150 pg/ml (N 25-85).

Question 4 Interprétez et complétez ce bilan.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
24 points

Quelles sont les manifestations ostéo-articulaires le plus souvent rencontrées au cours de la maladie de Crohn ?

- Le rhumatisme périphérique est l'atteinte la plus fréquente (10 à 20 %) .... 6 points
  - il occasionne des oligoarthrites migratrices, le plus souvent non destructrices, satellites des poussées digestives .... 7 points
- La spondylarthrite ankylosante B27 positive concerne 2 à 6 % des sujets porteurs de maladie de Crohn .... 5 points
  - Elle n'a pas de particularité comparée à une SPA primitive .... 1 point
  - Elle évolue indépendamment des poussées digestives ..... 1 point
- Un hippocratisme digital, le plus souvent isolé, peut être associé à la maladie de Crohn .... 2 points
- Une ostéopathie déminéralisante peut être secondaire à la malabsorption ou à la corticothérapie .... 2 points

Question 2
20 points

Quels traitements pourrait-on envisager chez cette malade si l'endoscopie confirmait une reprise évolutive de la maladie ?

- Les corticoïdes seront actifs sur les manifestations articulaires et digestives .... 6 points
- Les AINS sont contre-indiqués lors des poussées digestives qu'ils peuvent aggraver .... 3 points
- La sulfasalazine (Salazopyrine®) peut être prescrite comme traitement de fond, elle sera active sur l'atteinte digestive et l'atteinte articulaire. Elle sera préférée au Pentasa®, uniquement actif sur l'atteinte digestive .... 6 points
- En cas d'échec, l'azathioprine peut être proposé .... 2 points
- En cas d'échec, l'infliximab (Rémicade®) est indiqué .... 3 points

Question 3
20 points

Sur la radiographie du bassin, le radiologue signale que la trame osseuse paraît raréfiée, comment authentifier cette impression ?

- Une ostéodensitométrie à rayons X (DXA)........................6 points
- du rachis..2 points
- et du col fémoral est indispensable pour confirmer ou infirmer « l'impression » du radiologue ....2 points
- L'ostéoporose est définie par un T-score inférieur à - 2,5 DS..3 points
- l'ostéopénie par un T-score compris entre - 1 et - 2,5 DS..2 points
- lorsque la densité minérale osseuse (DMO) est supérieure à - 1 DS le sujet est normal..2 points
- Le T-score compare la DMO du malade à la DMO maximum (entre 20 et 40 ans)..3 points

Les examens biologiques montrent calcémie à 1,95 mmol/l, phosphorémie à 0,77 mmol/l, albuminémie à 35 g/l, créatininémie à 60 μmol/l, calciurie à 1,05 mmol/24 h, 25-OH-D3 à 25 ng/ml, PTH à 150 pg/ml (N 25-85).

Question 4
39 points

Interprétez et complétez ce bilan.

- Il existe une hypocalcémie (normale > 2,25)....................4 points
- une hyphosphorémie (normale > 0,80)..............................4 points
- une hypocalciurie (normale > 3 mmol/24 h)......................4 points
- Le taux de 25-OH-D3 est normal (N > 15)..........................4 points
- alors que la PTH est augmentée, par hyperparathyroïdisme secondaire à l'hypocalcémie..4 points
- l'hypo-albuminémie peut entraîner une fausse hypocalcémie, il faut calculer la calcémie corrigée.....................................1 point
- ou doser la calcémie ionisée...3 points
- Il faut aussi doser la magnésémie..3 points
- en effet, une résection étendue de l'intestin grêle, par malabsorption, peut entraîner une hypomagnésémie qui engendre par défaut d'efficience de la PTH, et une hypocalcémie..2 points
- Il faut chercher d'autres signes biologiques de malabsorption ....3 points
  - o hypocholestérolémie..1 point
  - o hyposidérémie...1 point
  - o déficit en folates..1 point
  - o et en vitamine B12...1 point
  - o d'autant qu'existe une macrocytose...................................1 point
- et effectuer un test au D-Xylose et un temps de Quick........2 points

COMMENTAIRES

Il s'agit d'un cas clinique transversal qui concerne :

- les atteintes articulaires associées à la maladie de Crohn (MC) (oligoarthrites directement liées à la colite ou rhumatisme axial B27 + associé à la MC),
- le traitement de ces manifestations (corticoïdes, sulfasalazine, infliximab),
- la malabsorption liée à l'entéropathie,
- les anomalies phosphocalciques qui en résultent (hypocalcémie, hypomagnésémie),
- l'ostéoporose, associée à cette malabsorption ou aux corticoïdes administrés.

Dossier 36

Mme G., 56 ans, ouvrière spécialisée, souffre de lombalgies chroniques, elle est souvent en arrêt de travail pour cela et la recherche d'un bénéfice secondaire a parfois été suspectée. Depuis 3 mois, ses douleurs s'intensifient et irradient vers la cuisse gauche. La percussion de l'épineuse de L3 est douloureuse. Le réflexe rotulien est diminué et la peau de la face antérieure de la cuisse lui semble « cartonnée ».
Les radiographies de 2000 étaient sensiblement normales, en dehors d'une discrète inflexion latérale gauche du rachis

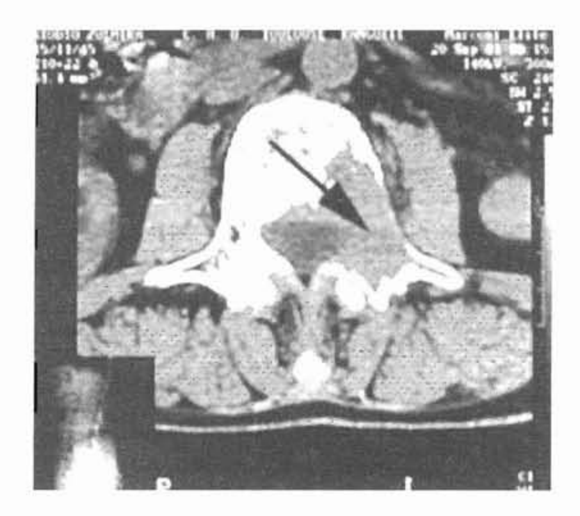
---

Question 1 Quelle anomalie est apparue en 2004 ?



TSVP

Question 2 À quoi cela correspond-il sur la coupe tomodensitométrique ?



Question 3 Quels diagnostics évoquez-vous ? Quel est le plus probable ? Pourquoi ?

Question 4 Comment se développe une métastase osseuse ? Quels sont les mécanismes physiopathologiques ?

Question 5 Quels sont les cancers primitifs le plus souvent en cause ?

Question 6 Décrivez précisément votre examen clinique.

Question 7 Quels seront ensuite les examens complémentaires à effectuer ? Dans quels buts ?

Question 8 Quelle racine nerveuse est comprimée chez Mme G. ? Quels signes moteurs doit-on chercher ?

GRILLE DE CORRECTION

Les radiographies de 2000 étaient sensiblement normales, en dehors d'une discrète inflexion latérale gauche du rachis

Question 1
4 points

Quelle anomalie est apparue en 2004 ?

- Lyse du pédicule gauche de L3 (vertèbre borgne, le pédicule est « gommé ») ....4 points

Question 2
5 points

À quoi cela correspond-il sur la coupe tomodensitométrique ?

- Lyse osseuse et infiltration tumorale du pédicule et de la partie latérale du corps vertébral de L3 par une masse de densité tissulaire ....5 points

Question 3
6 points

Quels diagnostics évoquez-vous ? Quel est le plus probable ? Pourquoi ?

- Tumeur osseuse maligne, la localisation et l'âge de la malade orientent vers une lésion secondaire ....6 points

Question 4
19 points

Comment se développe une métastase osseuse ? Quels sont les mécanismes physiopathologiques ?

- Les cellules néoplasiques migrent par voie vasculaire (artérielle et veineuse) ou lymphatique ....2 points
- Elles franchissent la paroi vasculaire ....2 points
- Puis colonisent la moelle osseuse et développent des métastases en sécrétant des facteurs de croissance permettant notamment de développer l'angiogenèse indispensable à leur croissance et à leur multiplication ....2 points
- Elles synthétisent des cytokines ou autres facteurs de croissance..3 points
- permettant le recrutement et la prolifération des cellules osseuses..4 points
- qui vont soit résorber l'os (ostéoclastes : métastases lytiques) ....3 points
- soit le former anormalement (ostéoblastes : métastases condensantes) ....3 points

Question 5
17 points

Quels sont les cancers primitifs le plus souvent en cause ?

- Les cancers occasionnant le plus souvent des métastases osseuses sont les cancers du sein .... 4 points
- de la prostate .... 4 points
- de la thyroïde .... 3 points
- du rein .... 3 points
- et du poumon .... 3 points

Question 6
17 points

Décrivez précisément votre examen clinique.

L'examen clinique devra examiner :

- les seins .... 3 points
- la thyroïde .... 3 points
- la prostate chez l'homme (TR) .... 3 points
- comprendre la palpation des fosses lombaires .... 2 points
- chercher des adénopathies .... 2 points
- une hépatomégalie par atteinte métastatique .... 2 points
- L'interrogatoire cherchera des signes en faveur d'une néoplasie pulmonaire (tabagisme, toux, hémoptysie, anomalies auscultatoires) .... 2 points

Question 7
28 points

Quels seront ensuite les examens complémentaires à effectuer ?

- Scintigraphie osseuse .... 3 points
- Mammographie .... 3 points
- Radiographie thoracique .... 3 points
- Échographie thyroïdienne .... 2 points
- Échographie hépatique .... 2 points
- Dosage du PSA chez l'homme .... 3 points

Dans quels buts ?

- Ces examens ont pour but de chercher le cancer primitif et effectuer le bilan d'extension de la maladie. En cas de négativité, un scanner thoraco-abdominal sera réalisé . 3 points
- Seule une biopsie autorise un diagnostic de certitude, elle sera réalisée prioritairement sur le primitif .... 5 points
- ou, en cas d'inaccessibilité, sur une métastase .... 2 points
- La biopsie est le plus souvent radioguidée .... 2 points

Question 8
4 points

Quelle racine nerveuse est comprimée chez Mme G. ? Quels signes moteurs doit-on chercher ?

- La racine L3 émergeant dans le trou de conjugaison L3-L4 peut être comprimée par la lésion tumorale, l'hypoesthésie de la cuisse et la diminution du réflexe rotulien en résultent. L'atteinte motrice peut concerner le psoas iliaque (flexion de la hanche) et le quadriceps (extension de la jambe)..4 points

COMMENTAIRES

Les cruralgies peuvent, plus souvent que les sciatiques révéler une lésion tumorale. Il s'agit ici d'une vertèbre « borgne », par métastase du corps vertébral et du pédicule.

Lors de métastases osseuses, le seul examen clinique permet le diagnostic du primitif dans 30 % des cas. Il faut essentiellement palper les seins, la thyroïde, toucher la prostate.

Les examens complémentaires auront pour but de prouver la nature cancéreuse des lésions et trouver le cancer primitif. Afin de découvrir un cancer dont le traitement sera efficace, la mammographie chez la femme est obligatoire, même si l'examen clinique des seins est normal, de même le dosage du PSA chez l'homme.

Est également obligatoire la preuve anatomo-pathologique : biopsie de la lésion primitive si elle est découverte, biopsie radioguidée de la métastase si le primitif n'a pas été trouvé.

Dossier 37

M. G., 57 ans, présente des gonalgies secondaires à une gonarthrose bilatérale. Les radiographies mettent en évidence un pincement fémorotibial interne modéré. Il n'y a pas, pour l'instant d'indication d'une arthroplastie.

Ce malade, à la suite de vertiges, il y a 2 ans, a bénéficié d'un écho-doppler carotidien. Cet examen a révélé des lésions vasculaires. M G., a arrêté de fumer. Il prend, depuis, de l'acide acétylsalicylique (Aspégic® : 75 mg/j).

Il s'automédique, de façon quasi quotidienne avec du diclofénac (Voltarène® : 50 mg/j), qu'il « emprunte » à sa femme suivie pour une polyarthrite rhumatoïde.

Question 1 Quelles sont les doses quotidiennes de diclofénac habituellement prescrites ? Quelle est la durée de vie de cet AINS sous la forme galénique prise par le patient ? Existe-t-il d'autres formes galéniques ?

Question 2 Quels sont les risques particuliers, encourus par ce malade ? Pourquoi ?

Question 3 Quelles autres alternatives thérapeutiques pouvez-vous lui proposer ?

Deux ans plus tard, sa gonarthrose gauche s'est aggravée et le pincement fémoro-tibial interne est complet. L'orthopédiste propose une hémiprothèse.

Question 4 Quelles sont les indications de cette intervention ?

Question 5 Quelles sont les précautions à prendre avant une arthroplastie ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
11 points

Quelles sont les doses quotidiennes de diclofénac habituellement prescrites ?

- Les doses quotidiennes habituelles de Voltarène® sont de 150 mg/j ....5 points

Quelle est la durée de vie de cet AINS sous la forme galénique prise par le patient ?

- Il s'agit d'un AINS de durée de vie courte : 1/2 vie = 1 h 1/2 ....6 points

Question 2
22 points

Existe-t-il d'autres formes galéniques ?

- Le diclofénac est aussi commercialisé sous forme LP (libération prolongée) à durée de vie plus longue....................6 points

Quels sont les risques particuliers, encourus par ce malade ? Pourquoi ?

- L'association AINS et Aspégic® majore l'action anti-agrégante plaquettaire....................5 points
- et la toxicité digestive....................5 points
- Cette association est donc déconseillée en raison du risque d'hémorragie digestive....................6 points

Question 3
25 points

Quelles autres alternatives thérapeutiques pouvez-vous lui proposer ?

- Les AINS dans l'arthrose ne sont pas toujours plus efficaces que le paracétamol ....5 points
- Il convient donc d'essayer, dans un premier temps ce médicament à la dose de 1 g/3 fois/j....................5 points
- Éventuellement des antalgiques de palier 2 : dextropropoxyphène, association paracétamol + codéine, ou paracétamol + tramadol, peuvent être prescrits....................5 points
- Peut être proposée, pour chaque genou, une infiltration de corticoïdes ....5 points
- ou des infiltrations d'acide hyaluronique....................5 points

Deux ans plus tard, sa gonarthrose gauche s'est aggravée et le pincement fémoro-tibial interne est complet. L'orthopédiste propose une hémiprothèse.

Question 4
21 points

Quelles sont les indications de cette intervention ?

- L'hémiprothèse de genou est indiquée en cas d'arthrose uni-compartimentale ....7 points
- sur un genou stable ....7 points
- indemne de chondrocalcinose ou de rhumatisme inflammatoire ....7 points

Question 5
21 points

Quelles sont les précautions à prendre avant une arthroplastie ?

- Avant de mettre en place une prothèse, il faut éradiquer tout foyer infectieux potentiel : ....NC
  - o dents (panoramique dentaire et consultation spécialisée) ....6 points
  - o sinusien (radios) ....6 points
  - o urinaire (ECBU) ....6 points
- L'aspirine devra être arrêtée 3 semaines avant la chirurgie ....3 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique concerne les AINS et le traitement de la gonarthrose.

La première question fait préciser les posologies et les différentes formes d'administration orale du diclofénac (libération immédiate ou prolongée). Les risques digestifs et hémorragiques de l'association aspirine + AINS sont ensuite évoqués.

Les autres questions, dans le cadre de transversalité, font état des indications restreintes des AINS dans l'arthrose, où les antalgiques doivent leur être préférés, des traitements locaux de l'arthrose (infiltrations de corticoïdes, visco-supplémentation). Les indications de la prothèse unicompartimentale de genou sont demandées : absence de lésion de l'autre compartiment, intégrité ligamentaire. Les précautions aptes à éviter une infection prothétique sont enfin mentionnées.

Dossier 38

M. H., 49 ans, présente depuis 3 mois des dorsalgies. Ses douleurs sont apparues après une chute modérée, au ski. Devant la persistance des douleurs, des radiographies sont prescrites : celles-ci révèlent un tassement de T10.
L'examen clinique est sensiblement normal en dehors d'une discrète raideur rachidienne.
Ce malade n'a pas d'antécédents familiaux. Sur le plan personnel, il signale 2 crises de coliques néphrétiques, il y a 5 et 2 ans et des poussées d'urticaire lors d'ingestion de certains fruits.

Question 1 Comment allez-vous prouver que ce tassement vertébral est lié à une ostéoporose ?

Question 2 Quelles sont les étiologies de l'ostéoporose masculine ?

Question 3 Quels signes cliniques faut-il chercher pour éliminer un hypogonadisme ? Dans ce cadre, quel bilan hormonal devra être effectué ?

Question 4 Chez ce patient, vers quelles étiologies vous orientent les données de l'interrogatoire ? Comment confirmer ou infirmer ces hypothèses étiologiques ?

En raison de la persistance des douleurs dorsales, malgré 10 jours de repos et un traitement par calcitonines, vous discutez une vertébroplastie ou une kyphoplastie.

Question 5 En quoi consistent ces nouvelles techniques ? Ont-elles été validées ?

Question 6 Quels examens permettent de rattacher les douleurs dorsales à la fracture vertébrale ?

Question 7 Si le bilan étiologique est négatif, quel traitement de fond peut-on proposer à ce malade ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
8 points

Comment allez-vous prouver que ce tassement vertébral est lié à une ostéoporose ?

- En réalisant une ostéodensitométrie (DXA, absorptiométrie) ....4 points
- La définition de l'ostéoporose est la même que pour la femme : T-score < 2,5 DS (comparaison de la densité minérale osseuse du malade à la DMO maximum) ....4 points

Question 2
16 points

Quelles sont les étiologies de l'ostéoporose masculine ?

- Hypogonadisme ....3 points
- Hyperthyroïdie ....2 points
- Hyperparathyroïdie ....2 points
- Hypercorticisme ....2 points
- Hypercalciurie ....1 point
- Diabète phosphoré ....1 point
- Mastocytose ....1 point
- Affections du collagène (Lobstein, Marfan) ....1 point
- Dans 50 % des cas, une étiologie est retrouvée ....1 point
- Les facteurs de risque (sédentarité, tabagisme, alcoolisme, faible BMI) sont par ailleurs les mêmes que chez la femme ....2 points

Question 3
22 points

Quels signes cliniques faut-il chercher pour éliminer un hypogonadisme ?

- Hypopilosité ....3 points
- Troubles de la libido et de l'érection ....3 points
- Atrophie des organes génitaux externes ....3 points
- Gynécomastie ....3 points
- Répartition féminine des graisses ....1 point
- Stérilité ....1 point

Dans ce cadre, quel bilan hormonal devra être effectué ?

- Dosage de la testostérone ....4 points
- et dosage des gonadotrophines (FSH, LH), si la testostérone est basse ....4 points

Question 4
27 points

Chez ce patient, vers quelles étiologies vous orientent les données de l'interrogatoire ? Comment confirmer ou infirmer ces hypothèses étiologiques ?

- Les antécédents lithiasiques ....1 point
  - o doivent évoquer une hypercalciurie, un diabète phosphoré ....3 points
  - o ou une hyperparathyroïdie..2 points
  - o Évoquées devant des anomalies du bilan phospho-calcique sanguin et urinaire (hypercalciurie persistant malgré un régime à 400 mg/j de calcium, hypophosphorémie avec hyperphosphaturie) ....8 points
- ces affections seront confirmées par une exploration tubulaire rénale avec mesure de la clairance ....1 point
  - o du taux de réabsorption ....1 point
  - o et du seuil de réabsorption du phosphore (Tmpo4/GFR) ....3 points
- L'urticaire doit évoquer une mastocytose : ....2 points
  - o chercher l'urticaire pigmentaire......................................1 point
  - o un signe de Darier ....1 point
  - o biopsier la peau si lésions..1 point
  - o doser la tryptase sérique ....1 point
  - o et réaliser une BOM ....2 points

En raison de la persistance des douleurs dorsales, malgré 10 jours de repos et un traitement par calcitonines, vous discutez une vertébroplastie ou une kyphoplastie.

Question 5
9 points

En quoi consistent ces nouvelles techniques ? Ont-elles été validées ?

- La vertébroplastie consiste à injecter, sous scopie ou TDM, dans la vertèbre tassée, de la résine (méthylmétacrylate), à visée antalgique ....4 points
- La kyphoplastie consiste après ponction guidée, à gonfler un ballonnet dans la vertèbre et y injecter la résine ensuite. Cette méthode permettrait, outre l'antalgie, de réaliser une expansion vertébrale et éviter cyphose et perte de taille ....3 points
- Seules des études ouvertes, sans groupe contrôle, ont donné des résultats favorables pour ces méthodes ......2 points

Question 6
12 points

Quels examens permettent de rattacher les douleurs dorsales à la fracture vertébrale ?

- Le caractère hyperfixant à la scintigraphie osseuse ....6 points
- ou l'existence d'un œdème (hypersignal T2 et STIR) en IRM signent l'activité du foyer fracturaire, alors responsable des douleurs ....6 points

Question 7
6 points

Si le bilan étiologique est négatif, quel traitement de fond peut-on proposer à ce malade ?

- Le seul traitement ayant l'AMM dans l'ostéoporose masculine « idiopathique » est l'alendronate ....5 points
  o Fosamax® (10 mg/j) ....1 point

COMMENTAIRES

Cette observation illustre tout d'abord l'intérêt de l'ostéodensitométrie lorsque l'on ne sait pas si une fracture est secondaire au traumatisme ou liée à l'ostéoporose.

Dans 30 % des cas, l'ostéoporose masculine est secondaire : l'hypogonadisme, la mastocytose, l'hypercalciurie font partie des étiologies.

Vertébroplastie ou kyphoplastie semble avoir un effet antalgique rapide dans la douleur du tassement récent, dont le caractère « actif » est confirmé par l'hyperfixation scintigraphique ou l'existence d'un œdème en IRM. Le niveau de preuve scientifique n'a pas été établi par des études contrôlées.

Dans l'ostéoporose masculine idiopathique, le seul traitement ayant l'AMM est l'alendronate.

Dossier 39

Mme D., 52 ans, présente depuis 6 mois des douleurs et des déformations du bout des doigts. En fait, les déformations ont débuté il y a 2 ans, mais elles n'étaient pas douloureuses.
Les douleurs ne la réveillent pas la nuit. Elle décrit un enraidissement matinal de 10 minutes.
Par ailleurs, elle est dépressive et se plaint d'importantes bouffées de chaleur depuis 1 an.
Le bilan biologique ne révèle aucun syndrome inflammatoire.
Mme D. a bénéficié d'une hystérectomie pour fibrome utérin, il y a 7 ans.

Question 1 Comment se nomment les anomalies cliniques que vous voyez ? En quoi l'arthrose digitale et la polyarthrite rhumatoïde s'opposent-elles, cliniquement, point par point ?



TSVP

Question 2 Décrivez les anomalies radiographiques. Quels sont les 4 signes radiographiques de l'arthrose, quelle que soit l'articulation atteinte ?



Question 3 Quels sont les facteurs étiologiques de l'arthrose ? Dans ce cas, quel est celui qui prédomine ?

Question 4 Quels traitements pouvez-vous proposer ?

Question 5 Existe-t-il un rapport entre ces douleurs et la ménopause ? Pourquoi ?

Question 6 Comment peut-on prouver, biologiquement que la ménopause est effective ?

Question 7 Quelles sont les contre-indications absolues au traitement hormonal substitutif ? Quel type de traitement de la ménopause pourra-t-on proposer à cette malade ? Pourquoi ? En quoi ce traitement peut-il entraîner moins de complications que le traitement habituel ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
31 points

Comment se nomment les anomalies cliniques que vous voyez ?

- Nodosités d'Héberden ....4 points

En quoi l'arthrose digitale et la polyarthrite rhumatoïde s'opposent-elles, cliniquement, point par point ?

- L'arthrose des mains atteint les interphalangiennes distales, plus rarement les interphalangiennes proximales (nodosités de Bouchard) ....3 points
- s'accompagne peu de réveils nocturnes.............................3 points
- n'occasionne pas de fluxion articulaire..............................3 points
- Le rythme des douleurs est plutôt mécanique et l'enraidissement matinal dure moins d'1/4 d'heure ....4 points
- La polyarthrite rhumatoïde touche les MCP et les IPP........4 points
- exceptionnellement les IPD ....3 points
- elle occasionne des arthrites (épanchement articulaire et synovite) ....3 points
- elle provoque des douleurs nocturnes ....2 points
- et un enraidissement matinal supérieur à 1/4 d'heure.......2 points

Question 2
20 points

Décrivez les anomalies radiographiques. Quels sont les 4 signes radiographiques de l'arthrose, quelle que soit l'articulation atteinte ?

- Pincement articulaire ....4 points
- Condensation de l'os sous-chondral ....4 points
- Ostéophytes..4 points
- Géodes sous-chondrales...4 points
- Ces signes peuvent être associés de façon incomplète, surtout dans les formes débutantes....................................4 points

Question 3
8 points

Quels sont les facteurs étiologiques de l'arthrose ? Dans ce cas, quel est celui qui prédomine ?

- Schématiquement, on oppose les arthroses mécaniques, liées à des contraintes excessives (surpoids, dysplasies, désaxations, ruptures ligamentaires, sport intensif) aux arthroses structurales où le cartilage est initialement fragile. Le caractère familial de la polyarthrose des mains, souvent rencontré, plaide en faveur d'une arthrose structurale ....8 points

Question 4
11 points

Quels traitements pouvez-vous proposer ?

- Traitements symptomatiques : paracétamol ou AINS en cures courtes, si ces derniers sont supérieurs au paracétamol.....5 points
- Traitements de fond (validés par des études contrôlées) : chondroitine sulfate, insaponifiables de soja, diarcérheine ....6 points

Question 5
5 points

Existe-t-il un rapport entre ces douleurs et la ménopause ? Pourquoi ?

- L'âge moyen de l'arthrose des doigts symptomatique correspond, chez la femme, à l'âge de la ménopause. Il est probable que la carence œstrogénique provoque une augmentation de cytokines pro-inflammatoire (IL1, IL6), responsables de signes pseudo-inflammatoires de l'arthrose à ce moment-là ....5 points

Question 6
5 points

Comment peut-on prouver, biologiquement que la ménopause est effective ?

- Le dosage de l'œstradiol est effondré et celui de la FSH, augmenté..5 points

Question 7
20 points

Quelles sont les contre-indications absolues au traitement hormonal substitutif ?

- Antécédents personnels de cancer du sein.........................4 points
- Antécédents de maladies thrombo-emboliques ....4 points
- Cancer de l'endomètre..3 points
- LEAD évolutif ....2 points

Quel type de traitement de la ménopause pourra-t-on proposer à cette malade ? Pourquoi ?

- L'absence d'utérus permet de prescrire des œstrogènes seuls..4 points

En quoi ce traitement peut-il entraîner moins de complications que le traitement habituel ?

- Le risque de cancer du sein est moindre voire nul lorsque les progestatifs ne sont pas associés aux œstrogènes........3 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique concerne dans sa première partie les signes cliniques et radiologiques de l'arthrose digitale, le diagnostic différentiel avec la polyarthrite rhumatoïde puis les étiologies, les facteurs de risque et les traitements de l'arthrose.

Les liens cliniques et physiopathologiques entre arthrose et ménopause sont mentionnés et les dernières questions de l'observation ont trait à la ménopause : son diagnostic, les effets secondaires et les contre-indications du traitement hormonal.

Dossier 40

M. F., 21 ans est rugbyman ; il consulte pour un gonflement du genou gauche apparu, il y a 5 jours. Il souffre la nuit et le genou est particulièrement raide le matin. Il présente de plus des douleurs plus modérées de la cheville contro-latérale, elle aussi un peu tuméfiée. Le médecin sportif du club de première division où il joue a déjà effectué des radiographies et une IRM du genou, car ce patient a eu, l'an passé une entorse latérale interne de cette articulation. Radios et IRM normales, il prescrit une arthroscopie.

Question 1 Cet examen est-il utile ? Si non, lequel proposez-vous ?

Celui-ci confirme le caractère inflammatoire de l'arthropathie ; le malade vous apprend alors qu'il présente depuis quelques semaines des brûlures urétrales.

Question 2 Quel diagnostic évoquez-vous ? Comment le confirmer ?

Question 3 Quels peuvent être les autres signes cliniques de cette affection ?

Question 4 Quel autre contexte infectieux, à l'origine de ce tableau articulaire doit être recherché ?

Question 5 Quels traitements envisagez-vous ?

Question 6 Quel est l'intérêt de chercher l'HLA B27 ?

Ce malade bien entraîné, vous paraît cependant particulièrement bradycarde (fréquence cardiaque 45/min).

Question 7 Que peut montrer l'électrocardiogramme ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Cet examen est-il utile ? Si non, lequel proposez-vous ?

- Non, Il faut réaliser une ponction du genou........................5 points
- avec analyse cytobactériologique du liquide articulaire :..6 points
  - o l'analyse cytologique permettra de différencier un liquide mécanique (moins de 1 500 globules blancs par mm^3) ....3 points
  - o d'un liquide inflammatoire (plus de 3 000 GB) ....3 points
- Si le liquide est inflammatoire, l'arthroscopie, à la recherche de lésions méniscales, ligamentaires ou cartilagineuses sera inutile..2 points
- L'analyse bactériologique s'assurera de la stérilité du liquide articulaire..1 point

Celui-ci confirme le caractère inflammatoire de l'arthropathie ; le malade vous apprend alors qu'il présente depuis quelques semaines des brûlures urétrales.

Question 2
20 points

Quel diagnostic évoquez-vous ? Comment le confirmer ?

- L'apyréxie, la stérilité du liquide articulaire et le prélèvement urétral éliminent une oligo-arthrite bactérienne (gonococcique en particulier). Le diagnostic d'arthrite réactionnelle est le plus probable..3 points
- vraisemblablement secondaire à une urétrite.....................3 points
- à chlamydiae trachomatis..3 points
- ou uréaplasma uréalyticum ....2 points
- Ces germes doivent être cherchés par prélèvement urétral..3 points
- avec cultures spécifiques et immunofluorescence directe ...2 points
- Une technique par PCR peut aussi être réalisée ....1 point
- Les examens sérologiques par immunofluorescence sont peu sensibles ....1 point
- La recherche d'IGG a une faible valeur diagnostic compte tenu de la forte prévalence dans la population générale. La présence ou l'ascension des IGA a beaucoup plus de valeur...2 points

Question 3
20 points

Quels peuvent être les autres signes cliniques de cette affection ?

- Le tableau clinique complet réalise le syndrome urétro-oculo-synovial de Fiessinger-Leroy-Reiter.................3 points
- il peut exister un écoulement urétral séreux ou séreux purulent...3 points
- une épididymite ....1 point
- une orchite ....1 point
- une prostatite associées ....1 point
- Des lésions des muqueuses génitales doivent être cherchées : ..NC
  o balanite circinée..1 point
  o érosions du gland ....1 point
- Parfois existent des lésions de la muqueuse buccale ....1 point
- Des lésions hyperkératosiques de la paume des mains et la plante des pieds ....3 points
- ressemblant au psoriasis pustuleux, réalisent la kératotomie de Vidal et Jacquet ....1 point
- Une conjonctivite est présente dans 50 % des cas............3 points
- L'iridocyclite est moins fréquente ....1 point

Question 4
13 points

Quel autre contexte infectieux, à l'origine de ce tableau articulaire doit être recherché ?

- Dans un contexte de diarrhée, parfois épidémique, des bactéries à tropisme digestif peuvent provoquer le même tableau :.........NC
  o salmonelle...2 points
  o shigelle ....2 points
  o yersinia ....2 points
  o campylobacter jéjuni ....2 points
- Ces germes peuvent être isolés par coprocultures lorsque la diarrhée est présente...3 points
- Les sérologies sont peu spécifiques (nombreuses réactions croisées)...2 points

Question 5
20 points

Quels traitements envisagez-vous ?

- Le traitement associe repos articulaire .... 1 point
- AINS .... 4 points
- infiltrations de corticoïdes lorsque la stérilité du liquide synovial est assurée .... 1 point
- En cas de persistance des symptômes au-delà d'un mois, un traitement de fond par sels d'or .... 1 point
- ou salazopyrine peut être proposé .... 3 points
- Le méthotrexate est donné en deuxième intention............. 3 points
- En cas de résistance aux AINS, une corticothérapie générale (1/2 mg/kg/j) sur 1 mois ou 2, peut être discutée .... 1 point
- Le traitement antibiotique aura pour but d'éradiquer le germe déclenchant, on prescrit en général une cycline (doxycycline) pendant 3 à 4 semaines.............................. 4 points
- Le partenaire ou la partenaire doit être traité(e) simultanément .... 2 points

Question 6
3 points

Quel est l'intérêt de chercher l'HLA B27 ?

- L'HLA B27 est présent dans environ 30 % des arthrites réactionnelles. Il est un facteur de risque de passage à la chronicité, le plus souvent, sous la forme d'une Spondylarthrite ankylosante .... 3 points

Ce malade bien entraîné, vous paraît cependant particulièrement bradycarde (fréquence cardiaque 45/min).

Question 7
4 points

Que peut montrer l'électrocardiogramme ?

- L'ECG peut mettre en évidence un bloc auriculo-ventriculaire (atteinte cardiaque dans moins de 10 % des cas)............. 4 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique illustre tout d'abord la nécessité devant une hydarthrose, de ponctionner et d'analyser le liquide synovial avant d'envisager d'autres examens complémentaires. Cette analyse permet d'éliminer les causes infectieuses et de séparer les causes mécaniques des étiologies inflammatoires.

Cette observation permet ensuite d'énumérer les signes extra-articulaires, les étiologies, les traitements des arthrites réactionnelles.

Dossier 41

M. D., 80 kg, présente depuis 12 ans un rhumatisme inflammatoire, évoluant par poussées successives, ayant touché d'une part : l'épaule droite, le genou gauche, les poignets, les interphalangiennes proximales et les interphalangiennes distales, certains orteils, d'autre part la colonne dorsale et les articulations sterno-claviculaires.
La VS est augmentée lors des poussées. La recherche des facteurs rhumatoïdes, des anticorps anti-protéines citrullinées est négative. En revanche, les anticorps antinucléaires sont positifs à 1/320, sans anticorps anti-DNA ou ENA.
Il a été traité au début par les sels d'or : Allochrysine® (50 cg/semaine), mais ce traitement a été arrêté pour protéinurie. Il a, depuis 3 ans, de la sulfazalazine (Salazopyrine® : 4 g/j), associée à du naproxène (Apranax® : 1,1 g/j). Ce traitement était efficace, mais depuis 1 mois, il souffre à nouveau de ses genoux, de ses orteils, de ses doigts. Cliniquement, 15 articulations sont douloureuses à la pression, 8 sont tuméfiées. La VS est à 35.

Question 1 Décrivez les anomalies unguéales de ce malade.



Question 2 Quels sont les arguments cliniques et paracliniques qui vous évoquent le diagnostic de rhumatisme psoriasique (RP), plutôt que celui de polyarthrite rhumatoïde (PR) ?

Question 3 Décrivez les anomalies radiographiques.



En quoi ces lésions sont-elles en faveur du rhumatisme psoriasique ?

Question 4 Que comporte le suivi d'un traitement de fond par des sels d'or ? Pourquoi ?

Question 5 Si l'on admet que le traitement de fond par Salazopyrine® (4 g/j) est maintenant inefficace, quel autre traitement de fond peut-on proposer ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
5 points

Décrivez les anomalies unguéales de ce malade.

- Il existe ici, une onycholyse partielle ....2 points
- un épaississement pseudo-mycotique de la table interne de l'ongle ....2 points
- un périonyxis d'un rouge cuivré ....1 point

Question 2
32 points

Quels sont les arguments cliniques et paracliniques qui vous évoquent le diagnostic de rhumatisme psoriasique (RP), plutôt que celui de polyarthrite rhumatoïde (PR) ?

- Le RP, contrairement à la PR peut atteindre les IPD ....4 points
  - o le rachis ....3 points
    - (la PR ne touche, en général, que la charnière cervico-occipitale)....................................3 points
  - o le plastron sternal ....4 points
  - o les calcanéums....................................2 points
- Il est souvent plus asymétrique ....5 points
- Il associe aux arthrites des enthésopathies, des tendinites, plus rares dans la PR ....4 points
- Sur le plan biologique, l'absence de facteurs rhumatoïdes....................................4 points
- d'anticorps antiprotéines citrullinées, est de règle. En revanche, il existe dans 20 à 30 % des RP des anticorps antinucléaires, sans spécificité....................................3 points

Question 3
27 points

Décrivez les anomalies radiographiques.

- Ces radiographies montrent des lésions des IP distales......4 points
- avec fusion articulaire....................................4 points
- dislocations et productions juxta-articulaires, caractéristiques du RP, qui associe arthrites et enthésites...4 points

En quoi ces lésions sont-elles en faveur du rhumatisme psoriasique ?

- La PR n'atteint pas les IPD, les lésions de la PR associent une déminéralisation épiphysaire ....5 points
- puis un pincement articulaire....................................5 points
- et des érosions....................................5 points

Question 4
22 points

Que comporte le suivi d'un traitement de fond par des sels d'or ? Pourquoi ?

- Les principaux effets secondaires des sels d'or sont cutanés ....3 points
- rénaux ....3 points
  - (glomérulonéphrite avec protéinurie, régressive à l'arrêt du traitement) ....2 points
- hépatiques (hépatite régressive) ....2 points
- et hématologiques ....2 points
  - (rares cytopénies) ....1 point
- Le suivi comprend donc NFS ....2 points
- TGO, TGP tous les mois ....2 points
- labstix avant chaque injection ....3 points
- avec dosage de la protéinurie des 24 h, si labstix + ...2 points

Question 5
14 points

Si l'on admet que le traitement de fond par Salazopyrine® (4 g/j) est maintenant inefficace, quel autre traitement de fond peut-on proposer ?

- On peut soit proposer une augmentation de la dose quotidienne de la Salazopyrine® en passant à 6 g/j, compte tenu du poids du malade ....3 points
- soit arrêter la Salazopyrine® et introduire le méthotrexate (Novatrex®) ....8 points
- à la dose de 12,5 à 20 mg/semaine ....3 points

COMMENTAIRES

Le rhumatisme psoriasique associe fréquemment une atteinte axiale et périphérique asymétrique. Les lésions cutanées sont parfois discrètes et peuvent ne concerner que les ongles. Il n'existe pas de corrélation entre l'étendue du psoriasis cutané et la sévérité du rhumatisme, de plus les signes articulaires et cutanés peuvent être dissociés dans le temps.

Les lésions radiologiques du RP associent fréquemment ankyloses et productions para-articulaires, ce que l'on ne voit pas dans la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Les traitements de fond du RP sont la sulfazalazine, le méthotrexate et les anti-TNF-α dans les formes sévères résistant aux traitements précédents.

Dossier 42

Mme F., 43 ans, consulte pour des douleurs des doigts, des poignets, des épaules, des chevilles et des avant-pieds, évoluant depuis 2 mois, ayant débuté à la suite de son licenciement. Elle décrit un enraidissement matinal de 3/4 d'heure.
Il existe des gonflements articulaires concernant de façon symétrique les métacarpo-phalangiennes, les interphalangiennes proximales, les poignets. L'examen clinique est par ailleurs normal.
Cette malade a pour antécédents un syndrome dépressif, il y a 3 ans, pour lequel elle a arrêté tout traitement et un psoriasis du cuir chevelu. Elle a présenté des cervicalgies et des dorsalgies il y a 4 ans.
VS 25, CRP 20, NFS normale.

Question 1 Quels sont les éléments cliniques qui permettent de différencier une polyarthrite rhumatoïde (PR) d'un rhumatisme psoriasique (RP) ?

Question 2 Quelles sont les anomalies immunologiques objectivées dans ces 2 affections ? Quel est leur intérêt diagnostique ?

Question 3 Quel bilan radiologique doit-on demander ? Que montrera-t-il à ce stade de la maladie ?

Question 4 Quels sont les facteurs pronostiques de la PR ?

Question 5 Un traitement de fond par méthotrexate est initié. Quel en sera le suivi ? Quels sont les effets secondaires de ce traitement de fond ? Comment peut-on en partie les prévenir ?

Question 6 Quels sont les autres traitements de fond de la PR et leurs principaux effets secondaires ?

Un an plus tard, devant l'échec du méthotrexate, il est proposé de débuter chez cette malade un traitement par infliximab.

Question 7 Quels examens complémentaires doit-on systématiquement réaliser avant de débuter ce traitement anti-TNF ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
12 points

Quels sont les éléments cliniques qui permettent de différencier une polyarthrite rhumatoïde (PR) d'un rhumatisme psoriasique (RP) ?

- Atteintes symétriques, distales, pour la PR où les interphalangiennes distales (IPD) sont épargnées....4 points
- Atteinte asymétrique, avec atteinte des IPD, aspect de doigt ou orteil « en saucisse » par enthésites................4 points
- atteinte axiale fréquente (rachis, sacro-iliaques, plastron sterno-costal et sterno-claviculaire) dans le RP .....4 points

Question 2
13 points

Quelles sont les anomalies immunologiques objectivées dans ces 2 affections ? Quel est leur intérêt diagnostique ?

- Positivité des facteurs rhumatoïdes (50 à 70 %), des anticorps antiprotéines citrullinées (ou antikératine) (30 à 50 %) dans la PR ....4 points
- Les facteurs rhumatoïdes peuvent se rencontrer dans d'autres connectivites, et augmentent de fréquence avec l'âge. Ils peuvent être absents en début d'évolution et se positiver ensuite. Ils peuvent se négativer sous traitement ....3 points
- Les anticorps antikératine sont très spécifiques de la PR ....2 points
- Les groupages HLA DR1 ou DR4 sont des éléments pronostiques et non diagnostiques de la PR ....1 point
- Il n'existe pas de signes immunologiques propres au RP, les allèles HLA B16, B17 sont observés plus fréquemment que dans la population générale ....2 points
- Des anticorps antinucléaires, sans spécificité, peuvent être mis en évidence dans les 2 affections ....1 point

Question 3
12 points

Quel bilan radiologique doit-on demander ?

- Le bilan radiographique comprend systématiquement des radiographies des mains et des poignets de face, des avant-pieds (siège le plus fréquent des lésions de la PR) avec défilés obliques qui peuvent montrer des atteintes des IPD du RP ....3 points
- Une radiographie du bassin de face et des sacro-iliaques en compression (pour chercher une sacro-iléite dans le cadre du RP) ....2 points
- des radiographies du rachis cervical dorsal et lombaire pour diagnostiquer des lésions liées au RP.........................3 points
- et des radiographies des autres articulations douloureuses..2 points

Que montrera-t-il à ce stade de la maladie ?

- Après seulement 2 mois d'évolution, les radiographies seront normales ou montreront une déminéralisation épiphysaire .... 2 points

Question 4
13 points

Quels sont les facteurs pronostiques de la PR ?

- Début aigu, polyarticulaire de la maladie .... 1 point
- Atteinte extra-articulaire .... 1 point
- Précocité de l'apparition d'érosions osseuses sur les radiographies .... 3 points
- VS et CRP très élevées, de façon prolongée .... 2 points
- Précocité d'apparition du facteur rhumatoïde .... 1 point
- Titre élevé du facteur rhumatoïde .... 1 point
- Présence d'anticorps anti-protéines citrullinées .... 1 point
- Présence de HLA DR4 .... 2 points
- Mauvaise réponse aux traitements de fond .... 1 point
- Statut socio-économique défavorisé .... 1 point

Question 5
18 points

Un traitement de fond par méthotrexate est initié. Quel en sera le suivi ?

- NFS .... 2 points
- Bilan hépatique tous les mois .... 2 points

Quels sont les effets secondaires de ce traitement de fond ?

- Complications hépatiques .... NC
  - o (le métothrexate doit être arrêté si les transaminases sont 2,5 fois supérieurs à la normale .... 2 points
  - o si les autres causes d'hépatite ont été éliminées) .... 1 point
- Cytopénie .... 1 point
- Anémie macrocytaire .... 2 points
- Asthénie .... 1 point
- Troubles digestifs .... 1 point
- Pneumopathie immunologiquement potentiellement grave .... 2 points
- sensibilité aux infections .... 2 points

Comment peut-on en partie les prévenir ?

- Administration d'acide folique le lendemain ou le surlendemain de la prise de méthotrexate .... 2 points

Question 6
14 points

Quels sont les autres traitements de fond de la PR et leurs principaux effets secondaires ?

- Antipaludéens de synthèse : complications oculaires (rétinopathie)......2 points
- Sels d'or : éruptions cutanées, protéinurie, hépatites......2 points
- Dérivés thiols : protéinurie, lupus, complications cutanées.2 points
- Sulfasalazine : complications cutanées, hépatite, complications digestives......2 points
- Léflunomide : hépatite, diarrhée, hypertension artérielle...2 points
- Immunosuppresseurs : cytopénies, infections, cystites hémorragiques et survenues ultérieures de cancers et de lymphomes pour le Cyclophosphamide......2 points
- Cyclosporine : HTA, insuffisance rénale, hirsutisme......2 points

Un an plus tard, devant l'échec du méthotrexate, il est proposé de débuter chez cette malade un traitement par infliximab.

Question 7
18 points

Quels examens complémentaires doit-on systématiquement réaliser avant de débuter ce traitement anti-TNF ?

- IDR à 10 unités......4 points
- et radiographie thoracique......3 points
- Si IDR > 10 mm : tubages gastriques et prélèvements d'urine à la recherche de BK......4 points
- Contre-indications aux anti-TNF, si prélèvements positifs....4 points
- Traitement antituberculeux de 6 mois, si prélèvements négatifs et IDR > 10......3 points

COMMENTAIRES

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme distal, symétrique, épargnant les IPD, alors que le rhumatisme psoriasique (RP) périphérique est asymétrique, touche les IPD et occasionne fréquemment des atteintes articulaires, enthésitiques, provoquant des aspects de doigts ou d'orteils en « saucisse ».

Dans près de 70 % des PR, on trouve des facteurs rhumatoïdes et des anticorps anti-protéines citrullinés, alors qu'il n'existe pas d'auto-anticorps dans le RP.

Les effets secondaires des divers traitements de fond de la PR sont ensuite énumérés.

Les traitements par anti-TNF-α induisent un risque infectieux, notamment vis-à-vis de la tuberculose (surtout pour l'infliximab), ce qui rend obligatoire le dépistage de cette affection avant de débuter le traitement.

Dossier 43

Jérôme L., 17 ans, a pris un coup sur le genou droit, il y a 2 mois, en jouant au football. Depuis, il souffre de l'extrémité distale de cette cuisse. Au début, il avait mal uniquement lorsqu'il courait et attribuait les douleurs au traumatisme. Il souffre maintenant nuit et jour et a un peu de fièvre le soir (38,5°). L'extrémité inférieure de la cuisse est chaude et douloureuse à la pression. L'examen clinique est par ailleurs normal.
Il y a 10 jours, il a présenté une folliculite infectée du dos, sur laquelle il a appliqué de l'Héxomédine®.
NFS, GB 12 000, PN 80 %, VS 50, CRP 40

Question 1 La radiographie standard est considérée comme normale, que montre la scintigraphie osseuse ?



Question 2 Quelles hypothèses diagnostiques formulez-vous ? Pourquoi ?

Question 3 Décrivez les anomalies révélées par l'IRM (STIR). Quel est le diagnostic probable ?



Question 4 Quel examen complémentaire affirmera ce diagnostic ? Quelles précautions doit-on prendre pour l'effectuer ?

Question 5 Quel bilan doit-on effectuer, ensuite ?

Question 6 Quels moyens thérapeutiques envisagera-t-on ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
9 points

La radiographie standard est considérée comme normale, que montre la scintigraphie osseuse ?

- La scintigraphie osseuse met en évidence une hyperfixation de la partie inférieure de la diaphyse fémorale ....6 points
- L'hyperfixation modérée, bilatérale des 2 métaphyses fémorales correspond aux cartilages de conjugaison ....3 points

Question 2
24 points

Quelles hypothèses diagnostiques formulez-vous ? Pourquoi ?

- Les signes cliniques ....NC
  - o douleur ....3 points
  - o fièvre ....3 points
  - o antécédents de folliculite ....4 points
- biologiques (syndrome inflammatoire) ....3 points
- et radiologiques..3 points
- évoquent soit une tumeur maligne primitive........................7 points
- soit une ostéomyélite ....7 points

Question 3
10 points

Décrivez les anomalies révélées par l'IRM (STIR).

- L'IRM montre un processus tumoral en hypo- ou isosignal développé aux dépens de la corticale osseuse ....1 point
- et rompant celle-ci, envahissant les parties molles ....1 point
- entouré d'une zone œdémateuse, inflammatoire, en hypersignal..2 points
- Cet aspect est en faveur d'une tumeur primitive.................2 points

Quel est le diagnostic probable ?

- compte tenu de l'âge et de la localisation, ostéosarcome juxta-cortical ....2 points
- ou sarcome d'Ewing ....2 points

Question 4
15 points

Quel examen complémentaire affirmera ce diagnostic ?

- La biopsie avec étude anatomo-pathologique est indispensable au diagnostic ....6 points

Quelles précautions doit-on prendre pour l'effectuer ?

- Devant toute suspicion de tumeur maligne primitive, elle devra être effectuée sur le trajet de la future chirurgie d'exérèse ....5 points
- afin que celle-ci assure l'exérèse des cellules néoplasiques, disséminées au cours de la biopsie ....4 points

Question 5
11 points

Quel bilan doit-on effectuer, ensuite ?

- Le diagnostic d'ostéosarcome est prouvé, le bilan doit éliminer des métastases :....................3 points
- il comprend une scintigraphie osseuse corps entier ....1 point
- une échographie hépatique....................2 points
- et un examen tomodensitométrique pulmonaire, plus sensible qu'une radiographie thoracique ....5 points

Question 6
25 points

Quels moyens thérapeutiques envisagera-t-on ?

- Le traitement associe chimiothérapie....................6 points
- puis exérèse chirurgicale....................6 points
- avec évaluation anatomo-pathologique de la réponse à la chimiothérapie....................3 points
- et radiothérapie....................4 points
- Dans ce cas, l'exérèse chirurgicale, devant passer en zone non tumorale, peut faire discuter l'amputation....................3 points
- ou une allogreffe fémorale avec prothèse de genou ....3 points

COMMENTAIRES

Les ostéosarcomes surviennent surtout chez le sujet jeune et sont parfois révélés par un traumatisme. Le principal diagnostic différentiel, surtout lorsqu'existent des signes inflammatoires, est l'ostéomyélite.

La biopsie doit être réalisée sur le trajet de la future exérèse pour ne pas ensemencer par des cellules néoplasiques les tissus mous.

Le bilan d'extension comprend scintigraphie osseuse, TDM thoracique et cérébral, échographie hépatique.

Le traitement est basé sur l'association chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie

Dossier 44

M T., 70 ans, présente depuis 8 jours des douleurs et un gonflement du genou droit. Ce matin, sa température était à 38°
Ce patient est hypertendu, traité par inhibiteur de l'enzyme de conversion et furosémide. Il a une insuffisance rénale modérée. Il a pris pendant plusieurs années de l'allopurinol pour une hyperuricémie asymptomatique. Ce traitement a été arrêté l'an passé.
Il y a 10 jours, il est tombé. L'examen clinique retrouve une discrète excoriation cutanée sous la rotule droite. Le gonflement du genou et la rougeur prédominent d'ailleurs à cet endroit. L'examen clinique est par ailleurs normal, mais le malade signale tout de même, depuis 1 mois, des douleurs des 2 poignets et de l'épaule gauche. Le poignet droit est un peu tuméfié.

Question 1 Si l'atteinte n'est pas articulaire, ce que certains éléments de l'examen clinique laissent suspecter, quels diagnostics évoquez-vous ? Pourquoi ? Pourquoi le distinguo entre atteinte articulaire et extra-articulaire est-il important ?

Question 2 S'il s'agit d'un épanchement articulaire, quelles sont les différentes hypothèses diagnostiques ? Justifiez vos réponses.

Question 3 Comment sera le liquide synovial (LS), en fonction de ces diagnostics ?

Question 4 Quels autres examens complémentaires allez-vous demander, en fonction de ces différentes étiologies ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
25 points

Si l'atteinte n'est pas articulaire, ce que certains éléments de l'examen clinique laissent suspecter, quels diagnostics évoquez-vous ? Pourquoi ?

- Érysipèle .... 4 points
- ou bursite sous rotulienne infectieuse .... 4 points
- post-traumatisme et plaie .... 3 points
- Une arthrite infectieuse peut avoir un mauvais pronostic fonctionnel .... 3 points
- alors que bursite et érysipèle sont des affections bénignes .... 3 points

Pourquoi le distinguo entre atteinte articulaire et extra-articulaire est-il important ?

- L'antibiothérapie sera différente : monothérapie pendant 10 jours en cas d'atteinte extra-articulaire .... 4 points
- bithérapie pendant 2 à 3 mois en cas d'arthrite septique.. 4 points

Question 2
23 points

S'il s'agit d'un épanchement articulaire, quelles sont les différentes hypothèses diagnostiques ? Justifiez vos réponses.

- Arthrite septique en raison de la porte d'entrée cutanée et de la fièvre .... 5 points
- Arthrite goutteuse en raison des antécédents d'hyperuricémie, du traitement par furosémide, qui peut favoriser la goutte .... 5 points
- Chondrocalcinose (CCA) en raison de l'atteinte des poignets et des épaules, articulations souvent concernées par cette affection, relativement fréquente à l'âge de ce malade..... 5 points
  - o Ces 2 arthrites microcristallines peuvent s'accompagner d'un fébricule .... 3 points
- Polyarthrite rhumatoïde (PR), qui peut débuter ainsi chez un homme âgé .... 5 points

Question 3 Comment sera le liquide synovial (LS), en fonction de ces diagnostics ?

25 points

- En cas d'arthrite septique :
  - o le LS sera parfois macroscopiquement puriforme...........3 points
  - o microscopiquement, il sera très riche en polynucléaires altérés..2 points
  - o et l'examen bactériologique authentifiera le germe en cause ....3 points
- En cas d'arthropathie microcristalline :
  - o macroscopiquement le liquide est inflammatoire, parfois aussi puriforme..3 points
  - o Microscopiquement, il est aussi très riche en polynucléaires...3 points
  - o et contient des cristaux d'acide urique ou de pyrophosphate de calcium ....4 points
  - o dont le caractère intracellulaire permet d'affirmer leur pathogénie...1 point
- En cas de PR :
  - o le liquide est inflammatoire (nombre de GB > 3 000) ...2 points
  - o avec un fort pourcentage de polynucléaires ....2 points
  - o et présence de ragocytes ....2 points

Question 4
27 points

Quels autres examens complémentaires allez-vous demander, en fonction de ces différentes étiologies ?

- En cas d'arthrite septique :
  - o des hémocultures ....3 points
  - o des urocultures seront réalisées ....1 point
  - o ainsi qu'une ponction du poignet droit avec analyse cytobactériologique afin de savoir s'il s'agit d'une autre localisation septique ....1 point
  - o S'il existe plusieurs arthrites septiques, une échocardiographie sera pratiquée à la recherche d'une endocardite ....2 points
  - o Les fonctions hépatiques et rénales seront évaluées.......2 points
  - o Seront aussi dosées : VS, CRP, NFS....................3 points
- En cas d'arthrite goutteuse :
  - o l'uricémie ....3 points
  - o la créatininémie....................1 point
  - o la clairance de l'acide urique seront déterminées ....1 point
- En cas de CCA :
  - o calcémie et phosphorémie seront dosées ....2 points
- En cas de suspicion de PR :
  - o les anticorps antinucléaires ....1 point
  - o les facteurs rhumatoïdes ....2 points
  - o les anticorps anti-protéines citrullinées seront cherchés ...1 point
- Dans tous les cas, des radiographies des articulations douloureuses seront réalisées, avec, de plus, le bassin de face et les épaules de face dans la CCA, les mains de face et les avants-pieds de face dans la PR ...4 points

COMMENTAIRES

Les diagnostics différentiels d'une arthrite du genou sont : les bursites sous-rotuliennes, les érysipèles. Dans ces cas, il ne faudra pas ensemencer l'articulation en voulant ponctionner ces lésions para-articulaires.

L'analyse du liquide articulaire, s'il s'agit d'une arthrite permet les différents diagnostics : présence de cristaux de pyrophosphate ou d'urate en cas d'arthrite microcristalline ; positivité de la bactériologie en cas d'arthrite septique ; liquide inflammatoire (plus de 3 000 éléments nucléés par mm^3) en cas de rhumatisme inflammatoire débutant par une mono-arthrite.

Dossier 45

M T., 74 ans, 80 kg pour 1,65 m, consulte pour 2 types de douleurs.
Il décrit tout d'abord des douleurs de la face postérieure des mollets irradiant sous les pieds vers les orteils, apparaissant uniquement à la marche après 500 m. Ces douleurs s'atténuent dès l'arrêt et disparaissent en quelques secondes, toutefois, il ressent la nuit quelques paresthésies à type de brûlures de la plante des pieds.
Il se plaint ensuite de douleurs modérées de la face antérieure de la cuisse droite. Elles surviennent épisodiquement à la station debout prolongée et lors de la marche en terrain accidenté.
Ce malade fume un paquet de cigarettes par jour depuis toujours, boit un litre de vin par jour et quelques apéritifs. Il a présenté des cervicalgies et des dorsalgies, l'an passé et a bénéficié à ce moment de radiographies du rachis cervical et du rachis dorsal qu'il vous apporte.
L'examen clinique objective une abolition des réflexes achilléens, une diminution du réflexe rotulien droit, une limitation des 2 hanches, nette, discrètement douloureuse à droite. Le pouls tibial postérieur gauche est mal perçu et il existe un souffle fémoral homo-latéral. Sa tension artérielle est à 160/90 mm/hg.

Question 1 Quels diagnostics évoquez-vous devant les douleurs distales ? Pourquoi ?

Question 2 Quel diagnostic évoquez-vous devant les douleurs proximale ? Pourquoi ?

Question 3 Quels examens complémentaires allez-vous demander dans un premier temps ?

Question 4 Si les étiologies articulaires ou vasculaires sont récusées, quel diagnostic évoqueriez-vous ? Quels examens complémentaires demanderiez-vous ?

TSVP

Question 5 Décrivez les anomalies montrées par les radiographies dorsales. De quelle affection s'agit-il ?



Question 6 Quels peuvent être les liens entre cette maladie et les symptômes actuels ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
37 points

Quels diagnostics évoquez-vous devant les douleurs distales ? Pourquoi ?

- Le malade décrit une claudication ....4 points
- qui peut être d'origine radiculaire ....3 points
- dans le cadre d'un canal lombaire étroit ....5 points
- ou artérielle ....3 points
- dans le cadre d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs ....5 points
- Il existe des arguments cliniques en faveur de ces 2 affections : l'abolition des pouls ....2 points
- le souffle fémoral ....2 points
- l'obésité, le tabagisme, l'HTA sont en faveur de l'origine vasculaire ....2 points
- l'abolition des réflexes..2 points
- le trajet radiculaire des douleurs plaident en faveur de l'origine neurologique ....2 points
- Les signes sensitifs nocturnes peuvent évoquer une neuropathie périphérique associée ....5 points
- éventuellement liée à l'exogénose ou au diabète ....2 points

Question 2
16 points

Quel diagnostic évoquez-vous devant les douleurs proximales ? Pourquoi ?

- Les douleurs de la cuisse et la diminution du réflexe rotulien ....3 points
- évoquent une cruralgie ....5 points
- ou une coxopathie ....5 points
  - o (limitation douloureuse de la coxofémorale) ....3 points

Question 3
21 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander dans un premier temps ?

- Électromyographie des membres inférieurs ....5 points
- Doppler artériel ....5 points
- Épreuve de marche sur tapis roulant ....3 points
- Radiographies du bassin de face ....4 points
- du rachis lombaire face et profil ....4 points

Question 4
13 points

Si les étiologies articulaires ou vasculaires sont récusées, quel diagnostic évoqueriez-vous ? Quels examens complémentaires demanderiez-vous ?

- Tomodensitométrie .... 5 points
- ou IRM lombaire .... 5 points
- afin de chercher le canal lombaire étroit et la cause de la cruralgie .... 3 points

Question 5
17 points

Décrivez les anomalies montrées par les radiographies dorsales. De quelle affection s'agit-il ?

- Il existe des ossifications des ligaments intervertébraux à droite en regard de T10-T11, T11-T12, T12-L1 : il s'agit bien d'ossifications des enthèses et des ligaments et non d'ostéophytes de tonalité différente. Ces ossifications se font à distance des disques et des plateaux vertébraux. Les disques sont normaux, à l'inverse de l'arthrose .... 3 points
- Ces 3 ponts successifs, à droite de la charnière dorso-lombaire .... 1 point
- définissent l'hyperostose vertébrale engainante (HVE) ou maladie de Forestier .... 3 points

Question 6
6 points

Quels peuvent être les liens entre cette maladie et les symptômes actuels ?

- L'HVE, par ossification des ligaments jaunes, vertébraux communs postérieurs, atteinte des articulaires postérieures est à l'origine de 50 % des rétrécissements canalaires lombaires ou cervicaux acquis .... 6 points

COMMENTAIRES

Chez le sujet âgé, plusieurs étiologies associées peuvent expliquer des douleurs des membres inférieures : atteinte articulaire arthrosique, radiculalgies, artériopathie, neuropathies périphériques sont les plus fréquentes et leurs symptômes sont parfois intriqués.

Chez ce malade, les douleurs sont secondaires à un canal lombaire étroit occasionnant claudication radiculaire et cruralgie.

La cause de ce canal lombaire étroit (CLE) est l'hyperostose vertébrale engainante (HVE), qui est à l'origine de près de la moitié des CLE. Elle provoque des ossifications ligamentaires et se définit par 3 ponts successifs à droite de la colonne dorsale basse.

Dossier 46

M B, 48 ans est suivi pour une spondylarthrite ankylosante (SPA) B27 positive
Il ne présente plus de poussées douloureuses depuis 5 à 6 ans et ne prend plus de traitement. Il consulte en raison d'une pharyngite virale

---

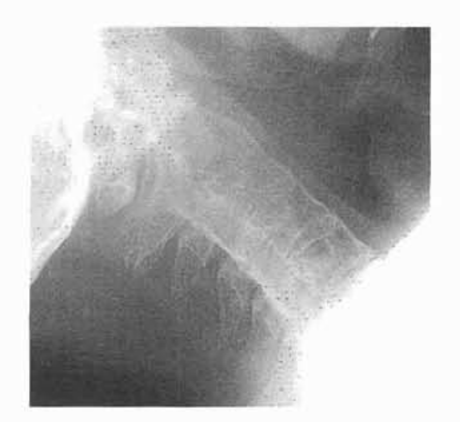
Question 1 Quels sont les paramètres cliniques que vous pouvez mesurer afin de quantifier respectivement la raideur cervicale, dorsale, lombaire provoquée par ce rhumatisme ?

Question 2 Quelles sont les complications extra-articulaires de la SPA ?

Question 3 Quels examens complémentaires doivent être réalisés pour chercher ces complications, en dehors des signes d'appels cliniques ?

Question 4 À partir des radiographies de ce malade, précisez les signes radiologiques rachidiens d'une SPA.





Question 5 Quel type de rééducation peut-on proposer à ce patient ? Pourquoi ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quels sont les paramètres cliniques que vous pouvez mesurer afin de quantifier respectivement la raideur cervicale, dorsale, lombaire provoquée par ce rhumatisme ?

- Raideur cervicale : ....NC
  - o distances menton-sternum ....4 points
  - o occiput-mur ....4 points
- Raideur dorsale :
  - o flèche occipitale...3 points
  - o ampliation thoracique...5 points
- Raideur lombaire :
  - o indice de Shöber ....3 points
  - o distance doigt-sol ....1 point

Question 2
23 points

Quelles sont les complications extra-articulaires de la SPA ?

- Oculaires (uvéite antérieure, iritis) ....4 points
- Cardiaques : ....NC
  - o BAV..2 points
  - o insuffisance aortique...2 points
  - o péricardite..1 point
- pulmonaires : ....NC
  - o insuffisance respiratoire restrictive.........................4 points
  - o + fibrose apicale ....1 point
- Néphrologiques : ....NC
  - o amylose ....2 points
  - o néphropathie à IGA..1 point
- Osseuses : ostéoporose ....3 points
- Neurologiques : ....NC
  - o compression médullaire ....2 points
  - o atteinte de la queue de cheval par kystes arachnoïdiens compressifs ....1 point

Question 3
17 points

Quels examens complémentaires doivent être réalisés pour chercher ces complications, en dehors des signes d'appels cliniques ?

- ECG .... 2 points
- Échocardiographie .... 2 points
- Radiographie thoracique .... 2 points
- Exploration fonctionnelle respiratoire .... 3 points
- BES .... 2 points
- Labstix .... 1 point
- Ostéodensitométrie (DXA) .... 3 points
- Examen ophtalmologique (lampe à fente) .... 2 points

Question 4
20 points

À partir des radiographies de ce malade, précisez les signes radiologiques rachidiens d'une SPA.

- Syndesmophytose diffuse .... 5 points
- avec ossifications des ligaments intervertébraux .... 5 points
- atteinte fusionnante des articulaires postérieures, réalisant l'aspect de « colonne bambou » .... 5 points
- Hypertransparence des corps vertébraux .... 5 points

Question 5
20 points

Quel type de rééducation peut-on proposer à ce patient ? Pourquoi ?

- Pour éviter l'enraidissement .... 2 points
- et l'insuffisance respiratoire .... 6 points
- ainsi que les déformations fixées du rachis : .... 2 points
  - o gymnastique respiratoire .... 5 points
  - o postures en décubitus ventral, à plat autant que possible .... 5 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique illustre les signes cliniques (raideur rachidienne diffuse) et les signes radiologiques (syndesmophytose étendue) d'une SPA évoluée.

Les signes extra-osseux de la SPA doivent être connus. Il s'agit : des signes oculaires (uvéite antérieure, iritis), cardiaques (BAV, insuffisance aortique, péricardite), pulmonaires (insuffisance respiratoire restrictive + fibrose apicale), néphrologiques (amylose, néphropathie à IGA), osseux (ostéoporose), neurologiques (compression médullaire, atteinte de la queue de cheval par kystes arachnoïdiens compressifs).

Dossier 47

Mme G., 35 ans, a eu, il y a 15 jours une entorse bénigne du poignet droit, avec une petite plaie de la base du pouce, traitées par orthèse et désinfection locale. Depuis 10 jours, elle présente d'importantes douleurs spontanées et un œdème du poignet et du dos de la main droite. La plaie a cependant cicatrisé.
Elle est traitée, depuis l'enfance, pour une comitialité.

Question 1 Quels sont les diagnostics à éliminer en priorité ? Quels sont les signes cliniques, en faveur de ces diagnostics que vous allez chercher ?

Question 2 Quels examens complémentaires allez-vous prescrire, en première intention ? Justifiez vos réponses

Question 3 Ces examens sont normaux, vous demandez une scintigraphie osseuse, quel diagnostic vous permet-elle d'évoquer ? Quels sont les éléments en faveur de ce diagnostic ?



Question 4 Quel traitement de la comitialité pourrait favoriser la survenue de cette affection ?

Question 5 Si c'est le cas, peut-on arrêter brutalement ce traitement ? Comment doit-on procéder ?

Question 6 Expliquez à cette malade quel va être le traitement et quelle va être l'évolution de l'affection rhumatologique.

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
20 points

Quels sont les diagnostics à éliminer en priorité ?

- L'arthrite ....6 points
- ou la ténosynovite infectieuse ....4 points

Quels sont les signes cliniques, en faveur de ces diagnostics que vous allez chercher ?

- Fièvre, altération de l'état général, adénopathies axillaires ....4 points
- épanchement articulaire (poignet) ....3 points
- ou atteinte de la gaine des tendons extenseurs : douleurs à l'extension des doigts ....3 points

Question 2
23 points

Quels examens complémentaires allez-vous prescrire, en première intention ? Justifiez vos réponses

- VS ....3 points
- CRP ....3 points
- NFS ....2 points
- radiographies des 2 mains et poignets de face ....5 points
- si fièvre :
  - o hémocultures ....4 points
  - o et échographie de la main et du poignet ....3 points
  - o pour visualiser et ponctionner un épanchement articulaire ou une collection liquidienne dans la gaine des extenseurs ....3 points

Question 3
16 points

Ces examens sont normaux, vous demandez une scintigraphie osseuse, quel diagnostic vous permet-elle d'évoquer ?

- Algodystrophie sympathique réflexe ....6 points

Quels sont les éléments en faveur de ce diagnostic ?

- Hyperfixation du poignet, associée à une hyperfixation des autres articulations de la main ....6 points
- Le caractère pluriarticulaire des fixations est très évocateur d'algodystrophie ....4 points

Question 4
6 points

Quel traitement de la comitialité pourrait favoriser la survenue de cette affection ?

- Traitement par barbituriques ....6 points

Question 5
16 points

Si c'est le cas, peut-on arrêter brutalement ce traitement ?

- Non, l'arrêt brutal pourrait provoquer de nouvelles crises..4 points

Comment doit-on procéder ?

- Il faut effectuer un électroencéphalogramme ....4 points
- diminuer progressivement les doses de barbituriques ....4 points
- et prendre le relais par un autre anti-épileptique ....4 points

Question 6
19 points

Expliquez à cette malade quel va être le traitement et quelle va être l'évolution de l'affection rhumatologique.

- Traitement antalgique ....5 points
- Physiothérapie (bains écossais) ....5 points
- Calcitonines salmines : 80 à 100 UI/j ou calcitonine de synthèse humaine : 0,5 mg/j, pendant 15 jours............5 points
- L'algodystrophie guérit le plus souvent sans séquelles en 2 à 3 mois ....4 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique met l'accent sur le diagnostic différentiel de l'algodystrophie en phase chaude avec les arthrites ou ténosynovites septiques, ce, d'autant qu'il y a eu une plaie ou un geste chirurgical, et sur les moyens qui permettent ce diagnostic : prélèvements bactériologiques, radiographies, échographie. Les signes scintigraphiques de l'ADSR, devant être connus, y sont détaillés : hyperfixation diffuse concernant, outre l'articulation concernée, les articulations sus- et sous-jacentes. Le traitement et l'évolution de l'ADSR sont précisés : physiothérapie sédative, antalgiques, calcitonines.

Dans un souci de transversalité, par le biais des barbituriques pouvant favoriser l'ADSR, la conduite à tenir, devant une comitialité stable où l'on doit modifier le traitement, est décrite : nécessité de diminuer progressivement les doses avec relais par un autre anti-épileptique sous contrôle EEG.

Dossier 48

À l'occasion d'un bilan biologique demandé pour une asthénie modérée attribuée à des soucis familiaux et professionnels, il est découvert, sur l'électrophorèse des protides sériques de M. G., 69 ans, un pic dans les gammaglobulines, dosé à 20 g/l.
Ce patient n'a pas d'antécédents majeurs. Il a bénéficié d'une cholécystectomie, il y a 5 ans, et d'une résection de polype colique, il y a 3 ans, avec côloscopie de contrôle, normale, l'an passé.
L'examen clinique est normal.
La NFS, la créatininémie, la calcémie, demandées dans le cadre du bilan de son asthénie étaient normales, la VS était à 22.

Question 1 Quels examens complémentaires allez-vous demander ? Pourquoi ?

Question 2 Si l'on conclut à une affection bénigne, quel sera le suivi ?

En fait, ce malade n'a pas consulté et, 5 ans plus tard, il présente une altération de l'état général, des rachialgies diffuses et des douleurs costales.

Question 3 Que montrent les radiographies de l'humérus ? Quel diagnostic doit-on alors porter ?



Question 4 Quels sont les risques de ces lésions ? Comment peuvent-ils être mieux évalués et traités ?

Question 5 Quels sont les facteurs pronostics de son affection ?

Question 6 Quels traitements pourront être envisagés ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
28 points

Quels examens complémentaires allez-vous demander ? Pourquoi ?

- Il faut affirmer le caractère monoclonal de la dysglobulinémie et distinguer une MGUS d'un myélome :............................4 points
  - o il faut effectuer une immunofixation sang et urines ....2 points
  - o avec dosage pondéral des immunoglobulines sériques .2 points
  - o dosage des chaînes légères urinaires sur 24 h ....2 points
  - o un médullogramme...4 points
  - o des radiographies du crâne..1 point
  - o du rachis dorso-lombaire ....1 point
  - o du bassin..1 point
  - o des fémurs et des humérus..1 point
  - o du thorax ....1 point
- Dans les MGUS :
  - o le composant monoclonal est < à 30 g pour les IGG, à 20 g pour les IGA...1 point
  - o les autres immunoglobulines sont normales....................2 points
  - o les chaînes légères, dans les urines, sont < à 4 g/24 h ...1 point
  - o la plasmocytose, au myélogramme est < à 10 %...........2 points
- Il n'existe pas d'insuffisance rénale ....1 point
- pas d'anomalie de la NFS ....1 point
- pas d'hypercalcémie..1 point

Question 2
9 points

Si l'on conclut à une affection bénigne, quel sera le suivi ?

- NFS..1 point
- électrophorèse des protides...5 points
- créatininémie...1 point
- calcémie...1 point
- tous les 6 mois ....1 point

En fait ce malade n'a pas consulté et, 5 ans plus tard, il présente une altération de l'état général, des rachialgies diffuses et des douleurs costales.

Question 3
8 points

Que montrent les radiographies de l'humérus ? Quel diagnostic doit-on alors porter ?

- Il existe de multiples lacunes à l'emporte-pièce..................4 points
- diaphysaires ou corticales avec rupture de celles-ci...........2 points
- très évocatrices de myélome multiple ou maladie de Kahler..2 points

Question 4
22 points

Quels sont les risques de ces lésions ? Comment peuvent-ils être mieux évalués et traités ?

- Il peut existe un risque de fracture pathologique :............4 points
  - o la tomodensitométrie permet d'apprécier ce risque.......5 points
  - o qui devient important si plus de la moitié de la corticale est lésée..2 points
- Il convient alors de discuter d'un enclouage préventif.......3 points
- et d'une radiothérapie..5 points
- Les bisphosphonates diminuent aussi les événements osseux du myélome...3 points

Question 5
16 points

Quels sont les facteurs pronostics de son affection ?

Les principaux facteurs de mauvais pronostic du myélome sont :

- l'âge du malade...4 points
- l'existence d'une insuffisance rénale.................................4 points
- un taux élevé de β2-microglobuline..................................4 points
- la délétion du chromosome 13..4 points

Question 6 Quels traitements pourront être envisagés

19 points

- Lors de la découverte du myélome évolutif, ce malade a 74 ans. À cet âge les chimiothérapies intensives avec autogreffe de moelle n'ont pas prouvé leur supériorité par rapport aux chimiothérapies conventionnelles, ce qui est le cas pour les malades de moins de 60 ans .... 2 points
- La chimiothérapie de référence reste le MP (melphalan + prednisone) .... 6 points
- En cas d'échec ou de récidive, la dexaméthasone .... 3 points
- le thalidomide .... 3 points
- ou l'association des 2 pourrait être plus efficace que les autres chimiothérapies VAD : .... 1 point
  - o vincristine, adriblastine, dexaméthasone .... 1 point
- ou VMCP : .... 1 point
  - o vincristine, melphalan, cyclophosphamide, prednisone .... NC
- La place du Velcade® (antiprotéasome) et du Revlimid reste à définir .... 2 points

COMMENTAIRES

Devant la découverte d'un pic électrophorétique, il faut effectuer une immunofixation ou une immunoelectrophorèse afin de caractériser cette immunoglobuline et un dosage pondéral pour évaluer le taux des immunoglobulines normales. Il faudra aussi chercher la présence de chaînes légères libres dans les urines (protéinurie de Bence-Jones). Les autres examens auront pour but de différencier une gammapathie de signification indéterminée d'un myélome multiple : normalité des radiographies dans les MGUS, plasmocytose inférieure à 5 %.

Lors du suivi à 10 ans, près de 10 % des MGUS se transforment en myélome multiple, révélé souvent par des lacunes à l'emporte-pièce, comme c'est le cas dans cette observation.

Le traitement repose sur le mélphalan associé à la prednisolone, chez les sujets âgés, sur le mélphalan forte dose (200 mg) suivi d'autogreffe de moelle chez les sujets de moins de 65 ans. Dexaméthasone, thalidomide, revlimide, velcade sont de nouveaux agents thérapeutiques très utiles lors des irrémédiables rechutes.

Dossier 49

M. G., 63 ans souffre, jour et nuit, depuis 10 jours d'importantes lombalgies. Depuis 48 heures, il accuse des céphalées, de grands frissons. Sa température est de 38,5°. Il a maigri de 2 kg. L'examen clinique est négatif, en dehors d'un syndrome lombaire majeur VS 50, CRP 200, GB 12 000, PN 90 %, créatininémie, transaminases : normales. Les radiographies du rachis lombaire, face, profil, montrent des signes d'arthrose banale en L3-L4 et L4-L5.

Question 1 Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ? Quels examens complémentaires demandez-vous alors ?

Question 2 Commentez ces anomalies IRM (séquences en T1). Décrivez la sémiologie magnétique complète (T1 + gadolinium, T2 ou STIR) dans cette affection ?



Question 3 Si les examens sanguins sont négatifs, comment peut-on affirmer le diagnostic ?

Question 4 Quelle attitude thérapeutique allez-vous adopter, dans les suites immédiates de ce geste ? Pourquoi ?

Question 5 Quel sera le traitement, si l'hypothèse initiale est confirmée ?

Six mois plus tard, M G., guéri de son problème rachidien, constipé alors qu'il ne l'avait jamais été, présente 2 épisodes de rectorragies.

Question 6 Quel lien peut-il exister entre ces signes digestifs et l'affection vertébrale ?

La côloscopie permet la biopsie d'une lésion de l'angle colique gauche, qui s'avère être un adénocarcinome.

Question 7 Que doit comporter le bilan d'extension ?

Question 8 Quelles seront les possibilités thérapeutiques en fonction de celui-ci ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1
18 points

Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

- Spondylodiscite bactérienne

Quels examens complémentaires demandez-vous alors ?

- 6 hémocultures systématiques toutes les 4 h ....4 points
- + autres, en cas de pic fébrile ....2 points
- Sérologie brucellose ....1 point
- Culot ....1 point
- Urocultures ....2 points
- + bacilloscopie et recherche de BK dans les urines, si leucocyturie ou hématurie ....2 points
- IDR tuberculine, radiographie thoracique ....2 points
- IRM ....4 points

Question 2
13 points

Commentez ces anomalies IRM (séquences en T1). Décrivez la sémiologie magnétique complète (T1 + gadolinium, T2 ou STIR) dans cette affection ?

- Hyposignal des vertèbres L3 et L4 ....2 points
- + flou des plateaux vertébraux ....2 points
- Prise de gadolinium, corporéale et discale ....3 points
- Hypersignal en T2 ou en STIR ....2 points
- Le T2 et les séquences après gadolinium peuvent révéler une épidurite ....2 points
- ou des abcès des parties molles ....2 points

Question 3
13 points

Si les examens sanguins sont négatifs, comment peut-on affirmer le diagnostic ?

- Biopsie disco-vertébrale ....4 points
- avec examen anatomo-pathologique afin de mettre en évidence des signes infectieux à pyogènes : infiltrats de polynucléaires, ou des signes d'infections par BK ou germes apparentés (infiltration granulomateuse ± nécrose caséeuse, et éliminer un affection tumorale) ....4 points
- La biopsie doit comporter des fragments osseux et non uniquement discaux ....1 point
- La biopsie permet de plus l'étude bactériologique, mycologique et la mise en culture sur milieu de Lowenstein à la recherche de BAAR ....3 points
  - o (une recherche par PCR peut être demandée) ....1 point

Question 4
10 points

Quelle attitude thérapeutique allez-vous adopter, dans les suites immédiates de ce geste ? Pourquoi ?

- Dès la biopsie effectuée, afin d'éviter une dissémination bactérienne favorisée par ce geste, une double antibiothérapie probabiliste sera débutée, centrée sur le staphylocoque doré péni M sensible, chez ce malade sans porte d'entrée évidente, non hospitalisé ou non opéré récemment .... 4 points
- Le staphylocoque doré est le germe le plus fréquemment trouvé dans les affections ostéo-articulaires .... 2 points
- Seront associés : méticilline (2 g, 3 fois/j) et aminosides (1 à 2 fois/j) .... 4 points

Question 5
17 points

Quel sera le traitement, si l'hypothèse initiale est confirmée ?

- Double antibiothérapie parentérale (sauf si quinolones : *per os*) pendant 3 semaines, puis bi- (le plus souvent) ou monoantibiothérapie pendant les 60 jours suivants ...... 4 points
- L'antibiothérapie sera adaptée en fonction de l'antibiogramme .... 4 points
- avec contrôle éventuel du pouvoir bactéricide du sérum ... 2 points
- et dosage sériques de certains antibiotiques .... 2 points
- Repos au lit jusqu'à la disparition des signes cliniques et à la normalisation des paramètres biologiques (VS, CRP) .... 3 points
- Lever progressif avec corset lombaire. HBPM pour prévenir les complications thrombo-emboliques .... 2 points

Six mois plus tard, M. G., guéri de son problème rachidien, constipé alors qu'il ne l'avait jamais été, et présente 2 épisodes de rectorragies.

Question 6
8 points

Quel lien peut-il exister entre ces signes digestifs et l'affection vertébrale ?

- Pathologie colique, tumorale ou diverticulaire, peut être à l'origine d'une spondylodiscite (entérocoque, escherichia coli). C'est la 3e cause la plus fréquente, après les effractions cutanées (staphylocoque) et les infections urinaires (E-Coli) .... 8 points

La côloscopie permet la biopsie d'une lésion de l'angle colique gauche qui s'avère être un adénocarcinome.

Question 7
12 points

Que doit comporter le bilan d'extension ?

- Radio thoracique .... 3 points
- Échographie hépatique .... 3 points
- TDM abdominal .... 3 points
- ACE (antigène carcino-embryonnaire) .... 3 points

Question 8
9 points

Quelles seront les possibilités thérapeutiques en fonction de celui-ci ?

- Traitement en fonction de la classification de Dukes : .... 2 points
  - o colectomie + stomie .... 2 points
  - o chimiothérapie éventuelle .... 2 points
  - o tumorectomie et chimiothérapie par 5-fluorouracile + acide folinique ± oxaliplatine ou irinoptécam .... 2 points
  - o métastaséctomie si métastase hépatique isolée, à discuter .... 1 point

COMMENTAIRES

Dans une infection articulaire, le souci de trouver le germe doit primer : les examens bactériologiques (hémocultures, urocultures, prélèvements d'une porte d'entrée probable, ponction articulaire ou disco-vertébrale) doivent être effectués avant toute antibiothérapie. L'IRM permet le diagnostic des spondylodiscites avant que les signes radiologiques n'apparaissent : hyposignal en T1 avec flou des plateaux vertébraux, prise de gadolinium, hypersignal en STIR.

Lorsque la spondylodiscite est provoquée par un germe d'origine digestive, elle peut révéler une néoplasie colique, dont les bilan et traitement vous sont demandés dans le cadre d'un dossier transversal.



Achevé d'imprimer en décembre 2005
N° d'impression P 69488
Dépôt légal, décembre 2005
Imprimé en France